Алкогольная катастрофа

и возможности государственной политики

в преодолении алкогольной сверхсмертности в

России



РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Кафедра организации социальных систем
и антикризисного управления
СОВЕТ МИНИСТРОВ СЕВЕРНЫХ СТРАН

АЛКОГОЛЬНАЯ КАТАСТРОФА И ВОЗМОЖНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ПРЕОДОЛЕНИИ АЛКОГОЛЬНОЙ СВЕРХСМЕРТНОСТИ В РОССИИ

Ответственные редакторы
кандидат исторических наук
Д. А. Халтурина
и доктор исторических наук
А. В. Коротаев



МОСКВА

ББК 60.5 60.7 66.3(2Рос)

Работа подготовлена при поддержке Совета министров северных стран, Фонда «Уэллком Траст» и Российского государственного гуманитарного фонда (проект № 06–06–02072)

Алкогольная катастрофа и возможности государственной политики в преодолении алкогольной сверхсмертности в России / Отв. ред. Д. А. Халтурина, А. В. Коротаев. — М.: ЛЕНАНД, 2008. — 376 с.

Алкогольные проблемы России оборачиваются колоссальными человеческими потерями и наносят серьезный урон социальной сфере, демографическому и экономическому развитию. Согласно экспертным оценкам, алкоголь является прямой или косвенной причиной порядка полумиллиона смертей россиян ежегодно. По сути, речь идет о гуманитарной катастрофе, не замеченной ни российскими властями, ни международным сообществом.

Многие десятилетия исследований опыта разных стран в области алкогольной политики позволили экспертам прийти к консенсусу по поводу набора мер, способных эффективно снижать потребление населением как алкоголя в целом, так и крепких алкогольных напитков. Наиболее эффективные меры включают: формирование общественного мнения, повышение налогов в сочетании с борьбой с нелегальным алкоголем, запрет самогоноварения, запрет на продажу алкоголя ночью, сокращение количества торговых точек и, наконец, государственную монополию на розничную продажу.

Как показывают опросы, граждане России весьма озабочены проблемой алкоголя. Больше половины поддержали бы антиалкогольную кампанию в стране, а чуть меньше трети вообще выступают за сухой закон. Необходимы серьезные скоординированные усилия государственных структур, экспертного сообщества, проводящего всесторонние эмпирические исследования, и общественности, чтобы решить проблему алкогольных потерь — пожалуй, самую тяжелую проблему современной России.

Обложка выполнена по эскизу Т. А. Шифриной (ООО «Халтурка Дизайн»)

Издание осуществлено с готового оригинал-макета.

Формат 60×90/16. Печ. л. 23,5. Зак. № 1456.

Отпечатано в ООО «ЛЕНАНД».
117312, г. Москва, пр-т Шестидесятилетия Октября, д. 11А, стр. 11.

ISBN 978-5-9710-0195-9





5469 ID 72890

9 785971 001959

Оглавление

Введение

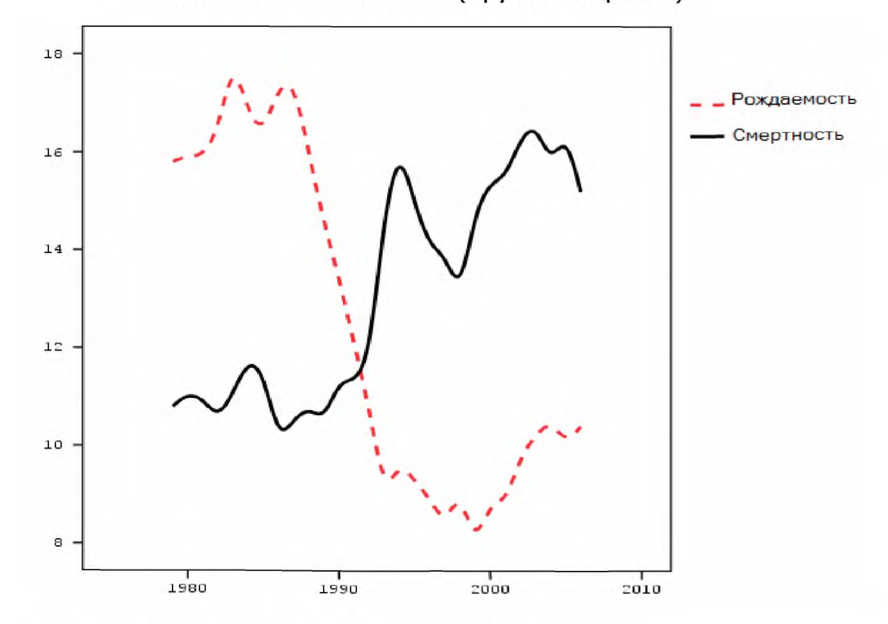
АЛКОГОЛЬНАЯ КАТАСТРОФА. Как остановить вымирание России?[1]

Д. А. Халтурина, А. В. Коротаев

1. Российский демографический кризис

Постперестроечный период в России ознаменовался демографической катастрофой, получившей название «*русский крест*» (Вишневский 1998; Римашевская 1999).

Рис. 1. Динамика рождаемости и смертности (‰, на 1000 чел.) в России в 1978–2006 гг. («русский крест»)



ИСТОЧНИК ДАННЫХ: Росстат 2007*а*; World Bank 2007.

[1] Исследование выполнено при поддержке РГНФ, проект № 06-06-02072а.

С 1987 г. по 1993 г. суммарный коэффициент рождаемости в стране сократился с 2 до 1,3 ребенка на женщину, а рождаемость упала с 17,2 до 9,4 родов на 1000 чел. С 1986 по 1994 гг. смертность в России выросла с 10,4‰ до катастрофического и аномального для сколько-нибудь развитых стран уровня 15‰. В 1991–1992 гг. смертность сравнялась с рождаемостью, а вскоре и значительно превысила ее. В настоящее время смертность в России продолжает радикально превышать уровень рождаемости, что ведет к быстрому вымиранию нашей страны.

2. Вклад факторов низкой рождаемости и высокой смертности в «русский крест»

По европейским меркам уровень рождаемости в России нельзя назвать беспрецедентно низким, столь же низкая рождаемость наблюдается и во многих развитых странах. Однако уровень смертности в России (и некоторых других восточноевропейский странах) действительно аномально высок. Не только в странах Запада, но и в Армении и Грузии приблизительно столь же низкая рождаемость, как и в России, сочетается с такой же невысокой или еще более низкой смертностью, благодаря чему заметного убывания населения, т.е. острого демографического кризиса, здесь не наблюдается. В России именно катастрофическая смертность населения создает колоссальный разрыв между рождаемостью и смертностью, который выливается в депопуляцию страны.

В общем, можно выделить две основные группы гипотез относительно причин столь высокой смертности в нашей стране.

1) Чрезвычайно высокая смертность в России – результат падения уровня жизни после распада Советского Союза и связана с такими факторами, как экономический кризис, низкий уровень медицины, неблагоприятная экологическая ситуация, неудовлетворенность жизнью и т.д.

2) Основными фактором сверхсмертности россиян является высокий уровень потребления алкоголя, табака и тяжелых наркотиков.

Нет сомнения, что свой вклад внесли обе группы факторов, однако необходимо выяснить, какая же из них оказала решающее воздействие. Попробуем проверить эти гипотезы, сопоставив их с имеющимися данными (подробнее см.: Халтурина, Коротаев 2006).

3а. Экологический фактор

После распада Советского Союза, когда смертность россиян резко выросла до аномального уровня, нагрузка на окружающую среду уменьшилась, в первую очередь в связи с падением производства и многократным снижением уровня химизации сельского хозяйства. Объемы выбросов вредных веществ в атмосферу и окружающую среду, в целом, существенно сократились. В середине 1990-х впервые за долгие годы наступила некоторая стабилизация состояния окружающей среды (см. об этом, например: Яблоков 2003). Все это происходило на фоне катастрофического роста смертности населения. Нет сомнения, что не слишком благоприятная экологическая ситуация негативно сказывалась и сказывается на здоровье россиян и вносит определенный вклад в повышенную смертность, в особенности, в зонах экологического бедствия (Ревич и др. 2002, 2004; Ревич 2005). Однако, в целом, очевидно, что экологическая ситуация не является фактором, объясняющим феномен российской сверхсмертности 1990-х гг.

3б. Экономический кризис

Детальный анализ приводит нас к выводу, что экономический кризис также не является главной причиной кризиса смертности в России (см. об этом: Халтурина, Коротаев 2005, 2006; Коротаев, Комарова, Халтурина 2007).

Во-первых, настоящий кризис сверхсмертности разразился в 1990–1994 гг. в более обеспеченных и менее экономически пострадавших северных постсоветских странах: России, Украине, Белоруссии и странах Балтии. В то же время в самых бедных странах Закавказья и Центральной Азии, где экономический кризис был нестандартно тяжелым даже по постсоветским меркам, прирост смертности был существенно меньше (об экономической динамике постсоветских стран см., например: Maddison 2001; World Bank 2007).[2] В рамках Центральной Азии реальный кризис смерт-

---

[2] Безусловно, постсоветская статистика смертности в странах Закавказья и Центральной Азии занижена из-за недоучета миграции. Однако учет этого фактора не меняет картины принципиально. Согласно официальным данным Мингосстата республики Армения коэффициент смертности в этой стране в 1999 г. равнялся 6,3‰. После коррекции с учетом миграции этот показатель составил 7,9‰ (Еганян 2000, 2002). В России же в 1999 г. смертность составила 14,9‰. Приводя альтерснативные официальным экспертные оценки динамики продолжительности жизни в Грузии, И. Бадурашвили и ее соавторы также пришли к выводу, что в Грузии не

ности разразился также только в наиболее экономически развитом Казахстане.

Во-вторых, в России более всего от кризиса сверхсмертности пострадали не беднейшие половозрастные группы – дети и женщины – а экономически наиболее состоятельная половозрастная группа мужчин среднего возраста. Относительный прирост смертности (в процентах) среди пенсионеров также был существенно ниже, чем среди мужчин работоспособного возраста.

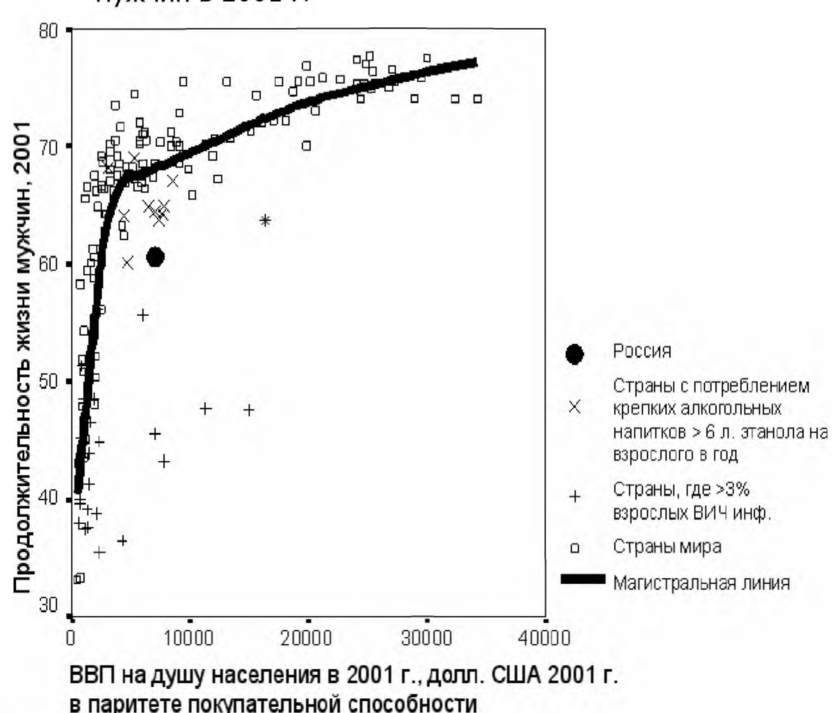
Наконец, среди регионов России наибольшей продолжительностью жизни отличаются такие беднейшие и политически нестабильные регионы, как Ингушетия и Дагестан. Если в России, в целом, в 2005 г. продолжительность жизни составляла 59 лет для мужчин и 73 года для женщин, то в Ингушетии эти показатели были равны 72 и 79 годам, а в Дагестане 69 и 77 годам соответственно (Росстат 2007*б*: 84).

Безусловно, экономический кризис внес существенный вклад в негативное развитие демографической ситуации в России, однако он объясняет лишь меньшую часть феномена российской сверхсмертности, который так ярко проявил себя в начале 1990-х и в полной мере сохраняется в наши дни. Особенно отчетливо это видно при анализе демографического и экономического развития России в кросс-национальной перспективе.

На Рис. 2 представлено распределение стран мира в 2001 г. по двум следующим показателям: ВВП на душу населения в паритете покупательной способности (ППС) и продолжительность жизни мужчин (группы, наиболее пострадавший от кризиса сверхсмертности в России). Каждый квадрат представляет собой ту или иную страну, а усредненная линия представляет собой «магистральную дорогу», по которой в ходе модернизации более или менее сходным образом проходят все регионы мира.

было выраженного роста смертности, сопоставимого с российским (Badurashvili *et al.* 2001; см. также: Mesle, Vallin, Badurashvili 2006). Масштабы искажения показателей смертности в Центральной Азии несколько менее ясны, однако, миграционный фактор, безусловно, не может полностью объяснить, например, разницу в 2,7 раза между коэффициентами смертности мужчин 40—59 лет в России и Узбекистане в 2002 г. не в пользу России (UNICEF 2004).

Рис. 2. ВВП на душу населения и продолжительность жизни мужчин в 2001 г.[3]



ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ: UNDP 2003; CIA 2007; WHO 2007.

Мы видим три основных зоны, соответствующих трем крупным фазам мир-системного развития (подробнее см.: Коротаев, Малков, Халтурина 2007).

Бóльшую часть своей истории человечество провело в зоне крайне низкой продолжительности жизни (и мужчин, и женщин) и крайне низкого производства ВВП на душу населения. Именно такими были условия жизни, скажем, в России 200 лет тому назад. В настоящее время в этой зоне преобладают наименее развитые аф-

---

[3] Источники данных по потреблению алкоголя здесь и далее: *Global Alcohol Database* ВОЗ (WHO 2005). Структура потребления спиртных напитков в Латвии и в Эстонии были уточнены данными из работы А. Бруновскис и Т. Угланд (Brunovskis, Ugland 2003: 14). Данные по Украине были скорректированы по работе А. И. Минко (2001). Источник данных по проценту взрослого населения, инфицированного ВИЧ/СПИД: Central Intelligence Agency 2007.

риканские страны. На этом этапе (в диапазоне 400–3000 долларов на душу населения в год, ППС) даже небольшой прирост ВВП на душу населения ведет к значительному росту продолжительности жизни. Это достигается за счет ликвидации голода, внедрения сравнительно дешевых (но эффективных в сопоставлении с традиционными средствами) современных медицинских техник и препаратов, позволяющих радикально снизить младенческую смертность и ликвидировать многие эпидемические заболевания, за счет радикального улучшения санитарно-гигиенических условий и т.д. (данные процессы обычно обозначаются как «эпидемиологический переход») (см., например: Chesnais 1992).

В результате рост душевого ВВП с 400 до 3000 долларов обычно сопровождается действительно кардинальным ростом средней продолжительности жизни как мужчин, так и женщин (с менее 30 до почти 70 лет). Однако в диапазоне 3000–10000 долларов корреляция между среднедушевым ВВП и продолжительностью жизни падает почти до нуля.

Действительно, средняя продолжительность жизни мужчин в странах, производящих ВВП в размере 3000–4000 долларов на душу населения в год, составляет 69 лет, а в странах с производством ВВП в пределах 8000–11000 долларов ППС – около 70 лет. Из этой диаграммы мы видим, что страны Закавказья и Средней Азии, а также Ингушетия и Дагестан не являются аномальными. Существуют десятки стран со значительно меньшим ВВП на душу населения, чем в России, и значительно более благоприятной ситуацией со смертностью и продолжительностью жизни.

В самых богатых странах мира (с производством ВВП на душу населения в размере более 25000 долларов ППС) средняя продолжительность жизни мужчин все-таки заметно выше – 75,6 лет. Но достигается эта прибавка за счет инвестирования многих сотен миллиардов долларов в современное дорогостоящее здравоохранение (вторая фаза эпидемиологического перехода [см., об этом, например: Андреев, Кваша, Харькова 2004]): оснащение больниц высокотехнологичным оборудованием, распространение здорового образа жизни, радикальное улучшение качества питания и т.п. На этом этапе каждый дополнительный год человеческой жизни обходится в десятки раз дороже, чем во время первой фазы эпидемиологического перехода.

Обратим внимание, что экономическое движение России и других европейских стран бывшего Советского Союза после 1990 г. происходило именно в диапазоне ВВП на душу населения 3000–11000 долларов в год, то есть как раз в том диапазоне, где корреляция между экономическими показателями и продолжительно-

стью жизни особенно слаба. Это заставляет предположить, что экономический спад не может объяснить бо́льшую часть прироста смертности в России и соседних странах.

3*в*. Кризис медицины

Экономическая ситуация в стране, как правило, сильнейшим образом отражается на состоянии медицины и системы здравоохранения, в целом. Ряд исследователей указывали именно на кризис российской медицины в качестве основного фактора катастрофической смертности в России.

Однако, «вопреки тому, что кажется очевидным, Россия избежала резкого снижения расходов на здравоохранение в 1992–1995 гг. Согласно двум независимым оценкам, их снижение, с учетом поправок на инфляцию, составило около 10% (Davis 1997; Shapiro 1997). Количество больничных коек и врачей на душу населения почти не уменьшилось (UNDP 1995). Таким образом, "обвала" не произошло» (Школьников, Червяков 2000: 18).

В пользу такого утверждения свидетельствует, в частности, проведенное в Новосибирске исследование заболеваемости инсультами. Смертность от инсультов там выросла с 1987 по 1994 гг. за счет увеличения количества инсультов, в то время как процент умерших среди перенесших инсульт практически не увеличился (Stegmayr *et al.* 2000).

Состояние медицины в России вряд ли хуже, чем в странах Закавказья и Центральной Азии, где ситуация со смертностью и продолжительностью жизни, в целом, заметно более благополучная. Ряд показателей свидетельствует о позитивных тенденциях в российской медицине в постсоветские годы – например, наблюдается снижение материнской и младенческой смертности и детской смертности от лейкемии.

Все это находится в разительном контрасте с ростом общей смертности россиян после 1999 г., прежде всего людей трудоспособного возраста вплоть до 2006 г. Очевидно, что недостаток доступного и качественного медицинского обслуживания вносил и вносит свой вклад в повышенную смертность в России и других странах СНГ. Однако привлечения этого фактора совершенно недостаточно для объяснения феномена российской сверхсмертности.

3г. Неудовлетворенность жизнью и духовное неблагополучие

Достаточно распространенным является предположение о том, что социальный стресс и неудовлетворенность постсоветской действительностью вносят решающий вклад в формирование феномена сверхсмертности россиян.

Социопсихологические исследования показывают, что, жители ряда постсоветских европейских[4] республик в 1990-е гг. были менее удовлетворены жизнью и счастливы, чем жители многих других регионов мира. Однако жители многих постсоветских и восточноевропейских республик в 1990-е гг. были ничуть не более, а зачастую менее счастливы, удовлетворены жизнью и оптимистичны, чем россияне (World Values 2001; Brainerd and Cutler 2005). Однако это не мешало жителям этих стран иметь значительно, а иногда и разительно меньшие показатели смертности и значительно бóльшие показатели продолжительности жизни.

Анализируя данные опроса в рамках программы «Центрально- и восточноевропейский барометр», Е. Брейнерд и Т. Кутлер указывают на то, что после 1998 г. уровень пессимизма российских мужчин 25–64 лет существенно снизился, что произошло на фоне существенного прироста смертности в этой группе (Brainerd, Cutler 2005).

Опросы фонда «Общественное мнение» также фиксируют значительное улучшение психологического самочувствия россиян с 1998 по 2001 годы, см. Рис. 3.

Тем не менее, несмотря на рост оптимизма и улучшение психологического самочувствия россиян, смертность в России за этот период существенно возросла – с 13,5‰ в 1998 г. до 15,6‰ в 2001 г., т.е. почти на 300 тыс. дополнительных смертей за год (World Bank 2007).

---

[4] Страны Центральной Азии, к сожалению, не были охвачены кросс-национальными исследовательскими проектами, такими, как *World Values Survey* (2001).

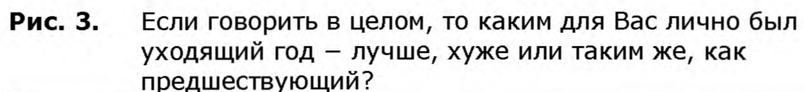
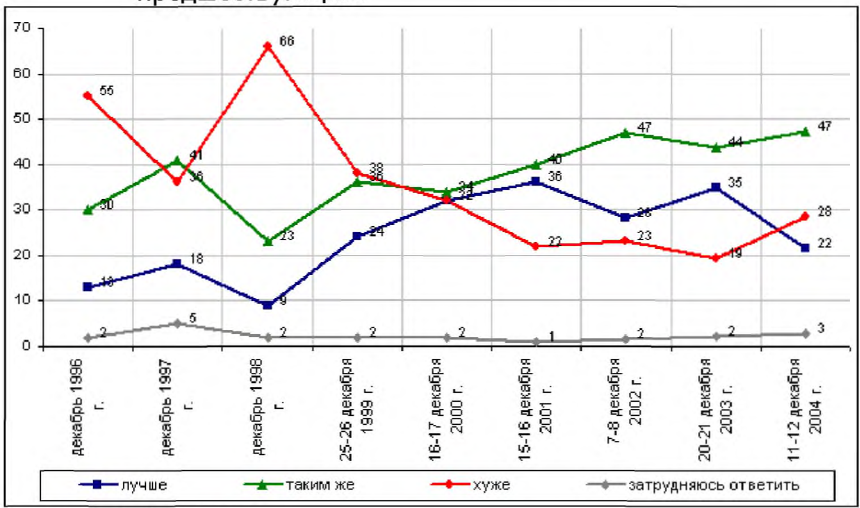


Рис. 3. Если говорить в целом, то каким для Вас лично был уходящий год – лучше, хуже или таким же, как предшествующий?



ИСТОЧНИК: ФОМ 2004.

Такую же динамику показывают и опросы россиян относительно субъективного восприятия уровня счастья. Доля россиян, считающих себя счастливыми, существенно увеличилось за последнее время – с 48% в 1999 г. (World Values 2001) до 72% в 2007 г. (Башкирова и партнеры 2007). Таким образом, в постдефолтный период число несчастных в России снижалось, но смертность до последнего времени росла.

Следовательно, пессимизм и неудовлетворенность жизнью не являются важнейшими факторами кризиса сверхсмертности в России.

Одним из наиболее последовательных стронников гипотезы о психологическом основании кризиса смертности в России является И. А. Гундаров (1995, 2001*а*, 2001*б*, 2004). В своих работах в подтверждение этой гипотезы он приводит результаты статистического теста, основанного на подсчете «коэффициентов сцепленности» показателей смертности с различными социальными и экономическими показателями, а также результаты регрессионного теста для некоторых стран Восточной и Центральной Европы и СНГ. Сила связи с показателями смертности оказалась выше всего для уровня убийств, несколько меньше для уровня питания, заработной платы и самоубийств. При расчетах использовались также такие показатели, как промышленное и сельскохозяйственное

производство, потребление алкоголя, обеспеченность врачами, розничный товарооборот и ввод в эксплуатацию жилых домов (Гундаров 1995).

Как и многие другие исследователи (см., например: Гайдар 2005; Brainerd, Cutler 2005: 122), И. А. Гундаров пользовался неверными официальными данными по потреблению алкоголя в России и других государствах. Официальные данные по потреблению алкоголя в постсоветских странах не учитывают теневого сектора в производстве и импорте алкогольных напитков, который занимает в ряде стран доминирующее положение. И если официальные данные по Российской Федерации отражают хотя бы общую динамику потребления алкоголя, то, например, данные по Украине и Казахстану не выдерживают совершенно никакой критики. В этих странах официальные данные и реальное потребление различается в несколько раз.

Что касается уровня убийств, то он зависит не только от нравственного состояния населения. Мощнейшим фактором уровня убийств в обществе является потребление алкоголя (см. об этом, например: Andreasson, Rosmelsjö, Allbeck 1988; English *et al.* 1995; Немцов 2001, 2003*a*; Андриенко 2001). Большинство российский убийц пьяны в момент убийства (МВД РФ 2005: 64), в состоянии опьянения находится и значительная часть самоубийц. Есть основания предполагать, что проведенный И. А. Гундаровым статистический тест указал на уровень убийств как на самый надежный предиктор смертности в России, в значительной степени, потому что этот показатель является лучшим показателем потребления алкоголя, чем официальная статистика потребления алкоголя (см. об этом подробнее статью А. В. Подлазова в данной книге).

Исследование смертности мужчин в Москве и Удмуртии методом случай-контроль показало, что психологические факторы (состояние подавленности, агрессивность), будучи статистически значимыми, не являются ни преобладающими, ни даже наиболее сильными из множества факторов (в отличие от суммарного вклада показателей потребления алкоголя) (Школьников, Червяков 2000). Однако сам метод случай-контроль допускает погрешность, например, респонденты могут быть склонны приписывать личностям умерших трагические черты. К тому же не исключено, что и здесь мы сталкиваемся с влияние алкоголя – ведь множество исследований показывает, что злоупотребление алкоголем не только увеличивает риск преждевременной смерти, но и является мощным фактором депрессии (см., например: Rehm *et al.* 2003).

Регрессионный анализ данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) на предмет

статистически значимых отличий умерших и не умерших мужчин старше 18 лет за период с 1992–2002 не выявил значимости психологического фактора (уровень оптимизма), в отличие от возраста, индекса массы тела, курения и потребления крепких алкогольных напитков (водки и самогона) (Brainerd and Cutler 2005).

Нет сомнения, что психологическое состояние граждан оказывает влияние на их здоровье и продолжительность жизни (хотя механизмы могут быть совсем иными, чем это кажется с первого взгляда). Однако без сомнения данный фактор нельзя назвать основным фактором кризиса сверхсмертности в постсоветской России.

3д. Курение

Курение – безусловно, мощный фактор избыточной смертности россиян, и в особенности мужчин. Это мощный фактор развития рака, в особенности рака легкого, а также сердечно-сосудистых заболеваний (World Bank 1999).

Ситуация с курением в России – одна из наиболее тревожных в мире. Более 50% мужчин в России курят – это аномально высокий показатель, таких стран в мире не более 10% (WHO 2002). Растет курение среди женщин, в особенности, среди молодых. Около половины беременных женщин в России не отказываются от курения, несмотря на то, что это влечет тяжелые врожденные аномалии. Уровень курения среди подростков после перестройки утроился, а ведь по данным научных исследований курение, в среднем, сокращает жизнь на 10 лет (Заридзе и др. 2002; Герасименко, Заридзе, Сахарова 2007).

В то время как курение, безусловно, вносит значительный вклад в снижение продолжительности жизни россиян, оно все же не может объяснить кризиса смертности начала 1990-х. В пользу этого, в частности, говорит снижение смертности от рака легкого – надежного предиктора смертности от курения (Shkolnikov, McKee, Leon 1999).

3е. Алкогольная гипотеза

Уже само географическое распределение демографических показателей указывает на важность алкогольного фактора, поскольку Россия и другие постсоветские европейские государства, в отличие от стран Закавказья и Средней Азии, а также глубоко исламизированных республик Северного Кавказа, имеют тяжелые алкогольные проблемы.

Потребление алкоголя увеличивает риск заболевания и смерти от цирроза печени и панкреатита, а также рака полости рта, гор-

ла, пищевода, желудка, прямой кишки, легких, молочной железы и печени (Duffy, Sharples 1992; WHO 2004*b*: 37–38, 39, 40).

На сердечнососудистую систему воздействие алкоголя разнонаправлено. Умеренное потребление алкоголя, по-видимому, благотворно влияет на сердечно-сосудистую систему, уменьшая риск заболевания ишемической болезнью сердца и ишемического инсульта. Этот эффект прослеживается сильнее всего среди пьющих вино, в особенности красное. В то же время потребление алкоголя в значительных количествах (более трех стандартных порций алкогольных напитков или 36–42 г спирта в день) имеет однозначно негативные последствия (Klatsky 2004).

Злоупотребление алкоголем россиянами увеличивает вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний: ишемической болезни сердца, повышенного кровяного давления, геморрагического инсульта, аритмии, кардиомиопатии (см., например: Вирганская 1991; Anderson 1995; McKee, Britton 1998; Александри и др. 2003; Klatsky 2004; WHO 2004*b*: 38, 47–49; Averina *et. al.* 2005).

Для России весьма важно, что потребление алкоголя в больших дозах за одно мероприятие увеличивает вероятность образования тромбов, гипертонии и аритмии. Как следствие, потребление больших количеств алкоголя за раз (*binge drinking*), даже если оно случается не очень часто, является значимым фактором сердечно-сосудистой смертности (Kauhanen *et al.* 1997; McKee, Britton 1998; Evans *et al.* 2000; Rehm, Sempos, Trevisan 2003). При такой модели потребления алкоголя даже не сильно пьющие люди попадают в группу риска.

Р. Мюррей с соавторами пишут, что однозначно опасным с точки зрения сердечно-сосудистых заболеваний и смертности является потребление более 70 г. этанола за раз для мужчин и более 64 г. для женщин (Murray *et al.* 2002).

Вероятно поэтому некоторые исследования не обнаруживают в России защитного воздействия алкоголя на сердечно-сосудистые заболевания среди малопьющих (Averina *et al.* 2005). Ведь в России зачастую даже умеренно пьющие потребляют большие разовые дозы, пусть и не очень часто.

О высоком вкладе злоупотребления алкоголем в сердечно-сосудистую смертность свидетельствуют данные судебно-медицинских экспертиз тел умерших. Исследования, проведенные в двух городах России, обнаружили повышенное содержание алкоголя в крови значительного процента умерших от болезней системы кровообращения (Курск, 29% мужчин, 9% женщин, 1991 г.; Ижевск, 47% мужчин 20–55 лет, конец 1990-х). Под маской значительной

части сердечно-сосудистых диагнозов в обоих случаях скрывалось алкогольное отравление, поскольку дозы алкоголя, обнаруженные в крови у ряда умерших были смертельно опасными (Школьников, Червяков 2000; Немцов 2003*а*, 2003*б*). Согласно расчетам А. В. Немцова, ни Курская область, ни Удмуртия не являются лидерами среди регионов России по вкладу алкогольной смертности в общую. Очевидно, что если бы подобные исследования были проведены по общероссийской выборке, то результат был бы сходным.

Нередко связанными с алкоголем являются и «трезвые» смерти от болезней системы кровообращения, поскольку нанесенный алкоголем вред нередко приводит к развитию хронических заболеваний. Многие геморрагические инсульты в России спровоцированы потреблением алкоголя. Такие инсульты характеризуются высокой летальностью, но смерть может наступить через определенный срок после инсульта, и повышенный уровень содержания алкоголя в крови умерших зарегистрирован не будет.

Вклад алкоголя в смертность от внешних причин (травмы, отравления, несчастные случаи, убийства, самоубийства) гораздо выше, чем в сердечно-сосудистую смертность.

Смертность от алкогольных отравлений в России – самая высокая в Восточной Европе и, по всей видимости, самая высокая в мире (Stickley *et al.* 2006).

Широко распространено мнение, что причиной большинства алкогольных отравлений является повышенная токсичность нелегальной алкогольной продукции. При этом забывается, что этанол сам по себе – токсичное вещество, и что одномоментный прием 400 г качественного спирта является смертельно опасным для большинства. Токсикологические исследования показали, что основная часть потребляемых в России самогона и фальсифицированной водки не более, а в ряде случаев, менее токсична, чем качественная водка (см. главу В. П. Нужного и С. А. Савчука в этой книге).

Огромен вклад алкоголя в смертность от внешних причин: отравлений алкоголем, убийств, самоубийств, ДТП, травм, несчастных случаев и т.д. (Skog 1991; Romelsjö 1995; Немцов 2001: 62; Rossow, Pernanen, Rehm 2001).

Как уже упоминалось выше, большинство убийц в России нетрезвы в момент убийства (МВД 2005). В нетрезвом виде погибает около половины самоубийц, значительная часть которых не совершила бы роковой шаг, если бы не находилась в состоянии опьянения (Немцов 2001).

Исследование содержания алкоголя в крови мужчин трудоспособного возраста, умерших от травм в 2000–2004 гг. в г. Краснодаре, показало, что 55% из них имели повышенную концентрацию алкоголя в крови (Редько, Сахарова 2006).

Как говорилось ранее, мощнейший вклад в российскую сверхсмертность вносят смерти мужчин трудоспособного возраста. Исследование результатов судебно-медицинских экспертиз в Ижевске показало, что доля умерших в состоянии алкогольного опьянения среди этой группы составила 62% (концентрация алкоголя в крови более 0,3‰), что хорошо соотносится с результатами А. В. Немцова (2001, 2003*а*, 2003*б*), рассчитанными для России, в целом (см. также главу Д. А. Леона и др. в этой книге).

4. Алкоголь и социальный кризис в России

В начале 1990-х гг. Россия погрузилась в социально-экономический кризис, который существенно подорвал ее потенциал развития. И если в экономической сфере последние годы наблюдается положительная динамика и восстановление, то в социальной сфере тяжелейший кризис, охвативший широкие слои населения, и не собирается заканчиваться. Одной из важнейших причин социальной деградации российского общества являются крайне тяжелые алкогольные проблемы, достигшие масштабов гуманитарной катастрофы.

Многие из показателей социального неблагополучия в России имеют экстремально высокие значения не только на фоне западных стран, но и на фоне более бедных, чем Россия, стран СНГ и Третьего мира.

Так, в глубоком кризисе в России находится институт семьи. В 2006 г. на 100 браков приходилось 58 разводов, а в предыдущие годы этот показатель был еще выше (Росстат 2007*г*). При этом, согласно опросам населения, алкоголизм и наркомания – самые распространенные из причин разводов (ВЦИОМ 2007).

Распространенность оставления детей в России самая высокая в Восточной Европе и, по всей видимости, самая высокая в мире. В 2004 г. каждый 71-й ребенок младше 18 лет в России проживал в детских домах и в интернатах, а каждый 78-й – в патронажных семьях и у опекунов. Таким образом, каждый 38-й ребенок жил не со своими родителями. Для сравнения, на Украине доля таких детей в два раза меньше, в Сербии, Киргизстане и Азербайджане – в пять раз (UNICEF 2006: 16). Между тем, алкоголизм – наиболее распространенная причина оставления детей и лишения материнских прав (Шипицина и др. 1997).

Между тем, есть основания полагать, что алкоголизация негативно влияет не только на смертность, но и на уровень рождаемости в обществе (см., например: Коротаев, Комарова, Халтурина 2007). Из-за широкого распространения наркомании и практик сильных алкогольных интоксикаций показатели смертности среди молодежи в России в разы выше, чем во многих постсоциалистических странах, включая беднейшие. Многие девушки и юноши умирают, не успев произвести на свет потомство. Катастрофическая смертность мужчин также является фактором снижения рождаемости. Смертность молодого мужского населения репродуктивного возраста автоматически увеличивает процент неполных семей, в результате чего растет процент одиноких женщин, отказывающихся от заведения второго или даже первого ребенка. Кроме того, большой разрыв между продолжительностью жизни мужчин и женщин означает, что высокий процент женщин имеет таких брачных партнеров, относительно которых у них нет и не может быть уверенности в том, что они смогут оказать своим женам ту поддержку, которая им неизбежно потребуется в течение значительного времени после рождения ребенка. В подобной ситуации высокий процент женщин не решается на рождение детей.

Исследование факторов рождаемости по данным РМЭЗ показало, что отсутствие супруга является мощнейшим фактором, снижающим вероятность рождения женщиной ребенка. Неожиданным результатом этого исследования стало, в целом, негативное влияние потребления женщиной (а значит, и ее партнером) алкоголя на шансы стать матерью. При исключении из выборки алкоголичек, которых в обществе ничтожное меньшинство (менее 1%), оказывается, что непьющие женщины рожали чаще. «Так, среди совсем не употреблявших алкоголь в течение месяца рождаемость составила 6,1% (с 1995 по 2001 г.), среди пьющих 1–3 раза в месяц 3,1%, среди пьющих 1–3 раза в неделю 2,8%... В то же время... за весь период наблюдений на более чем 200 случаев мужчин, пьющих 4 раза в неделю – всего 2 случая рождения детей)» (Рощина, Бойков 2005).

Алкоголь – одна из важнейших причин высокого уровня преступности в России. Ежегодно сотни тысяч россиян совершают в состоянии алкогольного опьянения преступления, которые не собирались совершать или могли бы не совершить: убийства, случаи умышленного причинения тяжкого вреда здоровью, изнасилования, хулиганские выходки, грабежи, разбои, кражи, угоны машин и т.д. (Андриенко 2001; МВД 2005: 64).

Многочисленные «пьяные» и в этом смысле случайные преступления наносят огромный урон обществу. Сами же преступники

расплачиваются за них не только годами неволи, но и годами своей жизни, поскольку физические и социально-психологические условия содержания в российских исправительных учреждениях не способствуют долголетию.

Таким образом, обусловленные алкоголем социальные проблемы вносят свой вклад в алкогольную смертность.

5. Крепкие напитки как фактор сверхсмертности

Согласно оценкам экспертов, среднестатистический взрослый россиянин выпивает около 14,5 литров спирта в год (Немцов 2001, 2003*а*, 2003*б*) (официальные данные существенно занижены из-за высокой доли нелегальной продукции на рынке), при этом с 1999 г. наблюдался рост потребления. Тем не менее, в ряде стран аналогично высокий уровень потребления алкоголя не сопровождается аномально высокой смертностью. Среди этих стран Португалия, Ирландия, Чехия, Франция, Германия, Австрия (WHO 2007).

Причина в том, что разные виды алкогольной продукции оказывают дифференцированное влияние на смертность, при этом важнейшим фактором риска является крепость наиболее популярного в стране напитка (Халтурина, Коротаев 2006).

Как показывают исследования, одномоментный прием одинаковых доз этанола в виде крепких и слабых напитков, очевидно, оказывает сходное воздействие (Нужный и др. 2003). Однако крепость напитка в значительной степени определяет и культуру его потребления.

Высокое содержание этанола в относительно небольшом объеме крепких напитков приводят к тому, что доза, которая естественным образом выпивается за вечер в компании, зачастую приводит к сильной интоксикации, которая является опасным для организма состоянием.

Граница, отдаляющая относительно безопасное потребление алкоголя от опасной попойки (*binge drinking*) определяется в различных источниках по-разному. К. Блумфилд с соавторами определяют эту границу как десять и более британских стандартных порций алкогольных напитков (т.е. 79 г. этанола) за одну сессию (Bloomfield *et al.* 1997). Д. Рэйстрик с соавторами (Raistrick 1999), а также Б. Джефферис, С. Пауэр и О. Мэйнор (Jefferis, Power, Manor 2003) приводят цифры 10 британских стандартных порций для мужчин и 7 для женщин (т.е. 79 и 55,3 г. этанола соответственно). М. Стейхр и его соавторы считают опасным потребление 5 и более американских стандартных порций, т.е. 70 г. (Stahre *et al.* 2006: 1712).

Так или иначе, потребление выше относительно безопасного уровня (*binge drinking*) является фактором смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, а также внешних причин, несчастных случаев, травматизма, даже если оно происходит не очень часто (Rehm *et al.* 2003).

Проведем простые расчеты. Опасная доза, т.е. 80 и более мл этилового спирта в пересчете на алкогольные напитки составляет 200 мл водки, 1 литр 8% вина и 2 литра 4% пива.

200 мл водки – весьма скромная доза для российского мужчины. По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) волны 2004 г., среди пьющих водку мужчин 20–55 лет лишь 22,7% потребляли менее 200 мл за раз. В то же время литр вина или два литра пива – это более чем достаточно, чтобы провести время в теплой компании. Таким образом, водочная структура потребления алкоголя автоматически сдвигает подавляющее большинство потребляющих алкоголь россиян в зону риска.

400 г. (а во многих случаях и меньше) этилового спирта, принятые одномоментно, – смертельно опасная доза для среднестатистического человека (см. статью В. П. Нужного и С. А. Савчука в этом сборнике). Выпить за короткое время смертельную дозу в виде литра водки или самогона – реально, в виде 4 литров вина – крайне сложно, в виде ведра пива – практически невозможно.

Это не значит, что более слабые напитки не приносят вреда и не влияют на смертность. Безусловно, передозировка слабоалкогольными напитками может также привести и к нарушениям деятельности сердечно-сосудистой системы, и к несчастному случаю. Следует особенно подчеркнуть, что слабоалкогольные напитки – пиво и баночные коктейли в последнее время все чаще становятся в России причиной заболеваемости алкоголизмом молодых людей (Нужный, Рожанец 2007). Однако данные убедительно показывают, что человеческие потери от крепких напитков радикально выше.

Следует особо остановиться на вкладе в алкогольную смертность спиртосодержащих жидкостей непищевого назначения (или попросту алкогольных суррогатов). В России широко распространено ошибочное представление о том, что именно алкогольные суррогаты благодаря своим токсичным примесям, вносят основной вклад в алкогольную смертность.

Очень токсичны так называемые ложные суррогаты алкоголя, не содержащие алкоголь, но по своим свойствам или воздействию напоминающие его (метанол, изопропанол, бутанол и т.д.). Од-

нако эти жидкости употребляются исключительно редко, и отравления ими составляют ничтожный процент от общего количества отравлений в России (Харченко и др. 2005*а*, 2005*б*).

Нормальные суррогаты алкогольной продукции, изготовленные из этилового спирта, включают спиртосодержащие жидкости технического, медицинского и парфюмерного назначения, а также самогон. Многолетние токсикологические исследования закупаемой у населения нелегальной («паленой») водки и суррогатной продукции ясно показывают, что токсичность водочных суррогатов в России, в целом, такая же, как у качественных алкогольных напитков той же крепости из пищевого этилового спирта (Нужный, Савчук 2005; см. статью В. П. Нужного и С. А. Савчука в этом сборнике).

Хотя, вопрос о вкладе токсичных примесей в смертность от суррогатов требует дальнейших исследований, все же ясно, что главным фактором алкогольной смертности в России является сам этиловый спирт, содержащийся в опасно высоких концентрациях в легальных и нелегальных крепких напитках. Ведь если даже напитки 40-градусной крепости оказывают радикально большее влияние на смертность, чем пиво и вино, то токсичность 70–97-градусных алкогольных суррогатов многократно выше, особенно учитывая тот факт, что вероятность алкогольного отравления растет с увеличением разовой дозы этанола не линейно, а экспоненциально.

Смертность среди потребителей непредназначенных в пищу спиртосодержищих жидкостей экстремально высока. Д. Леон с соавторами в ходе исследования преждевременной смертности мужчин трудоспособного возраста в Ижевске обнаружили, что смертность среди потребителей алкогольных суррогатов экстремально высока, а именно в 6–9 раз выше, чем среди мужчин, не имевших проблем с алкоголем (Leon *et al*. 2007; см. также их статью в этой книге).

Анализ химического состава потребляемых в Ижевске суррогатов также не выявил в них токсических примесей (McKee *et al.* 2005). Экстремальная смертность потребителей суррогатов связана, прежде всего, с очень высоким содержанием в суррогатах этанола (Исследование избыточной смертности 2006). Кроме того, значительная часть потребителей спиртосодержащих жидкостей непитьевого назначения – тяжелые алкоголики, а смертность среди этой категории всегда исключительно высока. О масштабах проблемы свидетельствует то, что настойка боярышника – один из наиболее популярных видов алкогольных суррогатов регулярно

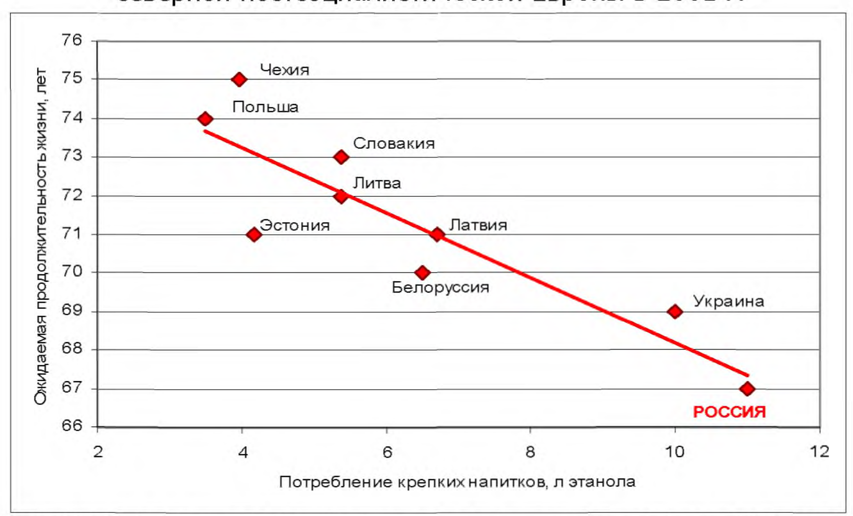
занимает первые места среди наиболее продаваемых лекарственных препаратов в России (РБК 2004, 2007).

Таким образом, алкогольные суррогаты, по сути, представляют собой сверхкрепкие алкогольные напитки, которые, будучи при этом весьма дешевыми и доступными, являются важной (однако не единственной) причиной алкогольной смертности.

Высокая смертность среди потребителей суррогатов лишний раз подтверждает гипотезу о том, что крепкие напитки (т.е. продукты дистилляции) являются значительно более опасными, чем слабоалкогольные напитки (т.е. продукты брожения). Характерно, что большинство стран, где наблюдались феномен сверхсмертности и демографические «кресты», – это страны с преимущественым потреблением крепких напитков: Россия, Белоруссия, Украина и страны Балтии.

В целом, на севере постсоциалистической Европы наблюдается мощнейшая связь между потреблением крепких напитков и продолжительностью жизни населения (Рис. 4):

Рис. 4. Потребление крепких алкогольных напитков (в литрах этилового спирта на взрослого человека в год) и ожидаемая продолжительность жизни в странах северной постсоциалистической Европы в 2001 г.



ИСТОЧНИКИ: Минко 2001; Немцов 2003; Brunovskis, Ugland 2003; WHO 2007; по Польше скорректировано с учетом данных Государственного агентства по предотвращению алкогольных проблем Польши (PARPA 2002).

Отметим, что А. В. Подлазов провел анализ связи между потреблением крепких напитков и показателями про-

должительности жизни для всех стран Европы и получил также сильнейшую корреляцию (Подлазов 2005; см. также статью А. В. Подлазова в этом сборнике).

На примере отдельных стран мы также наблюдаем, что изменение потребления крепких напитков приводит к изменению уровня смертности. Так, процессы, происходящие в наши дни в странах Балтии, подтверждают наличие зависимости между потреблением водки (а также других крепких напитков) и смертностью. Латвия, Литва и Эстония – традиционно водочные страны. Однако в настоящее время потребление пива в Эстонии и Латвии растет, а потребление водки снижается (EUROMONITOR 2004*a*, 2004*b*) вместе с показателями смертности, в то время как в Литве потребление водки (EUROMONITOR 2004*c*), показатели алкогольных проблем и смертность растут (Lithuanian Department of Statistics 2007), по всей видимости, в связи со снижением водочных акцизов.

Таким образом, мы видим, что не случайно практически все скандинавские страны в свое время ввели целенаправленную и осознанную политику, направленную на отказ населения от потребления крепких алкогольных напитков.[5] Недавний пример перехода населения страны с водки на пиво представляет собой Польша (Вишневский, Кваша, Харькова 2005), где этот процесс сопровождался значительным ростом ожидаемой продолжительности жизни населения.

Важный коррелят алкогольной смертности – разница между продолжительностью жизни женщин и мужчин. В непьющих мусульманских странах с развитой системой здравоохранения и малопьющем Израиле эта разница составляет 4–5 лет. В странах пивного пояса этот разрыв, в среднем, равняется шести годам. В промышленно развитых странах винного пояса средний разрыв между мужской и женской продолжительностью жизни составляет около 8 лет. Наибольшим этот разрыв в винном поясе является в Венгрии, где крепкие напитки, хоть и в меньшей степени, чем вино, но все же весьма популярны среди населения.

Наконец, наибольший разрыв между продолжительностью жизни женщин и мужчин наблюдается в «водочном» поясе, где сред-

---

[5] Исключением здесь является Исландия, где весьма жесткая политика по отношению к крепким напиткам сочеталась с полным запретом слабых напитков. Снятие запрета на продажу слабых напитков в Исландии не имело негативных последствий в плане смертности (Ólafsdóttir 2007). В то же время, как правило, в случае послабления алкогольного политики в скандинавских странах, рост алкогольной смертности наблюдался (Rossow, Mäkelä, Österberg 2007).

нее значение этого показателя превышает 10 лет. Печальное «лидерство» сохраняется за Россией, где разрыв между средней продолжительностью жизни женщин и мужчин составляет 14 лет. (Халтурина, Коротаев 2006).

Внимательное изучение ареала сверхсмертности в Восточной Европе не оставляет сомнений, что традиция потребления крепких алкогольных напитков (водка, самогон, горилка, палинка, ракия и т.д.) является колоссально мощным негативным фактором демографического развития, сопоставимым по силе с эпидемией СПИДа в Тропической Африке. Именно крепкие алкогольные напитки ответственны за аномально высокую (для соответствующего уровня экономического развития) смертность в России, Украине, Белоруссии и странах Балтии.

Культура потребления крепких напитков сочетается с широкой распространенностью алкоголизма и практикой частых алкогольных интоксикаций, что определяется их свойствами. Алкогольная интоксикация является мощнейшим стрессом для организма и повышает риск умереть от болезней системы кровообращения и последствий неадекватного поведения, таких как самоубийства, убийства, ДТП, падения, травмы, отравления, утопления, переохлаждения, обгорания и т.д. Таким образом, практика сильных алкогольных интоксикаций, прежде всего, крепкими алкогольными напитками является важнейшим источником российской сверхсмертности.

Расчеты показывают, что если бы россияне стали бы выпивать такой же объем этилового спирта, как и в настоящее время, но в виде более слабых напитков, а именно, пива и вина, то смертность в России была бы существенно ниже (Нужный 1997, 2001; Халтурина, Коротаев 2006; Коротаев, Комарова, Халтурина 2007). Крайне вероятно, что смертность в этом случае не превышала бы рождаемости существенно, что привело бы к исчезновению резкой депопуляции, главного симптома современного демографического кризиса.

Однако оптимальным для России и культурно близких стран является радикальное снижение потребления крепких напитков в сочетании с общим снижением абсолютного количества потребления алкоголя. Все это в сочетании с повышением уровня российского здравоохранения и компетентной и осознанной политикой поддержки семей с детьми могло бы привести к полному решению демографического кризиса в долгосрочной перспективе.

Единственным реалистическим сценарием преодоления алкогольной катастрофы в России и соседних странах является радикальное снижение потребления крепких алкогольных напитков:

водки, самогона и водочных суррогатов. В этом случае автоматически произойдет изменение структуры потребления алкоголя в пользу пива и вина. Этот сценарий неоднократно был реализован в странах Северной Европы (Голландия, Великобритания, Норвегия, Швеция, Финляндия и др.) и реализуется сейчас в Польше и, менее успешно, в странах Балтии. Практика показывает, что быстрота снижения потребления крепких напитков, и, как следствие, смертности, зависит от алкогольной политики государства.

5. Динамика алкогольной смертности в прошедшие десятилетия

По последним расчетам А. В. Немцова, в 1994–2001 гг. алкогольные потери составляли более 550 тысяч человек в год (см. статью А. В. Немцова в этом сборнике). Это значит, что бóльшая часть разрыва между рождаемостью и смертностью, выливающегося в убыль населения России, приходится на алкогольную смертность.

И в советские годы, и после перестройки основными источниками кризиса сверхсмертности в России являются смерти от болезней системы кровообращения и от внешних причин (Вишневский, Школьников 1997). Оба класса причин являются алкоголезависимыми. Именно поэтому эти виды смертности особенно живо «откликнулись» на антиалкогольную кампанию, отход от нее и либерализацию производства и реализации алкоголя в России. В большинстве случаев наличие алкоголя в крови не фиксируется в официальных актах о смерти (нередко, видимо, из этических соображений), что приводит к колоссальной недооценке алкогольной смертности.

5.1. Алкогольная смертность и антиалкогольная кампания

Неблагоприятные демографические тенденции сложились в Советском Союзе еще в середине 1960-х гг., когда продолжительность жизни мужчин начала снижаться, а женщин – стагнировать на фоне некоторых успехов советского здравоохранения и практически повсеместного роста продолжительности жизни в других регионах мира. Выдающийся отечественный демограф Б. Ц. Урланис (1978) связал рост разрыва между продолжительностью жизни мужчин и женщин с бóльшим потреблением последними алкоголя. Определенную ясность внесло изучение последствий антиалкогольной кампании в Советском Союзе в 1984–1987 гг. Тогда реальное потребление алкоголя сократилось приблизительно на 27% (Немцов 2001: 8), что привело к падению

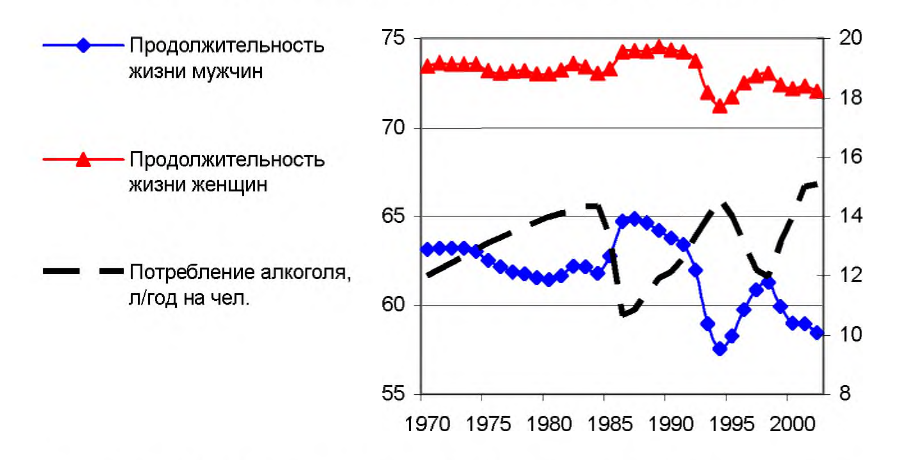
смертности на 12% среди мужчин и на 7% среди женщин. Смертность от алкогольных отравлений понизилась на 56%. Смертность среди мужчин от несчастных случаев и насилия понизилась на 36%, от пневмонии на 40%, от других заболеваний дыхательной системы на 20%, от инфекционных заболеваний на 20%, а от сердечно-сосудистых заболеваний на 9%. После сворачивания антиалкогольной кампании показатели смертности, в особенности мужской, резко выросли (Leon *et al.* 1997).

Однако по-настоящему драматический рост алкогольной и общей смертности в России произошел после отмены государственной монополии на алкоголь в 1992 г. После этого Россия фактически перешла в другой режим смертности, который сохраняется до сих пор.

5.2. Алкогольная смертность в постперестроечный период

Масштабы алкогольной (а значит, и общей) смертности в 1990-е и 2000-е гг. менялись (см. Рис. 5):

Рис. 5. Динамика потребления алкоголя и продолжительности жизни мужчин и женщин в России в 1970–2002 гг.



ИСТОЧНИКИ ДАННЫХ: Немцов 2003*б*; Подлазов 2005 (см. также статью А. В. Подлазова в данном сборнике); World Bank 2007.

С 1995 по 1998 гг. произошло довольно заметное падение смертности, прежде всего тех ее видов, которые связаны с потреблением алкоголя. Причины этого снижения до сих пор мало изучены.

С одной стороны, вероятно, имела место некоторая нормализация обстановки после кризиса. Однако нет никакого сомнения,

что основным фактором снижения смертности стало снижение производства и потребления алкогольной продукции и этилового спирта.

С другой стороны, следует помнить, что в 1995 г. была принята первая версия 171 Федерального закона «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции», до некоторой степени вернувшего алкогольный рынок под контроль государства. В частности, были запрещены розничная продажа этилового спирта (в результате чего с прилавков исчез спирт «Рояль»), а также продажа крепких напитков в киосках. При этом экономическое исследование Ю. В. Андриенко и А. В. Немцова показало, что в этот период снижалась экономическая доступность алкоголя, то есть соотношение между ценами на алкогольную продукцию и доходами (Андриенко, Немцов 2005*б*).

Наименьшего уровня алкогольная и общая смертность в постперестроечный период достигли в 1998 г., когда в России случился тяжелейший финансовый кризис. Это еще сильнее указывает на то, что прямой связи между экономическими показателями и уровнем смертности в нашей стране нет.

В период с 1999 по 2005 гг. в России произошел новый, катастрофический взлет алкогольной и общей смертности. Несмотря на быстрое восстановление после финансового кризиса, рост доходов и уровня оптимизма граждан (ФОМ 2004), а также некоторое снижение уровня неравенства по доходам с 2001 г. (World Bank 2007), число умерших за год в России с 1999 по 2005 г. увеличилось на 315 тыс. Основной причиной этого, без сомнения, стал рост производства и потребления алкоголя.

Причины всплеска алкогольной смертности в 1999–2005 гг. также мало изучены. По всей видимости, он связан с падением стоимости производства чего бы то ни было после дефолта 1998 г. (а следовательно, с удешевлением производства спирта и водки), а также с последовавшим за ним ростом доходов. Поскольку эти процессы недостаточно компенсировались ростом акцизов на алкогольные напитки, то произошел беспрецедентный рост доступности крепких напитков (Андриенко, Немцов 2005*б*).

Следует также внимательно проанализировать социально-демографические последствия поправок в 171 ФЗ. Ведь в эти годы происходили изменения государственной политики в сфере алкоголя, как явные, так и скрытые.

К 1999 г. российские региональные власти добились поступления 50%, а для некоторых этнонациональных республик до 100% акцизов на производство (а затем реализацию) алкоголя в бюджет

регионов (Петров 2001: 143). Без сомнения это, в сочетании с фанасовыми последствиями кризиса 1998 г., стимулировало региональные элиты максимизировать производство, а затем продажу водки.

Как писал Н. Петров, «водка, бывшая в советские времена одним из главных источников доходов бюджета страны, существенно сдала эти свои позиции (27% в 1991 г. согласно оценкам "Росалко", и 4% в 1998 г.), но превратилась сейчас едва ли не в основной столп бюджетов регионов. На водке густо все замешано и в региональной политике: от финансирования губернаторских и депутатских кампаний, а иногда и прямой, "натурой", покупки голосов избирателей, до борьбы политиков за контроль над "водочными королями" и походами самих "водочных королей" в политику» (Петров 2001: 141).

По мнению Г. Л. Олеха, в Сибири «алкогольные» акцизы были важнейшим ресурсом для регионов, за который шла жесткая конкуренция (Олех 2003). В таких условиях сложно ожидать, что региональные элиты заметят гуманитарную катастрофу, выкашивающую население их регионов. Эта ситуация имела печальные последствия еще и потому, что привела к сращиванию водочного и спиртопроизводящего лобби с региональными элитами, а значит, и с законодательной властью в России.

И хотя с 2006 г. поступающая в региональные бюджеты доля акцизов, собираемых с производимого в регионе алкоголя, была урезана до 20% (151-ФЗ), влияние водочного (как и табачного) лобби на Государственную Думу остается непозволительно высоким (см. статью К. Д. Данишевского в этом сборнике).

5.3. Снижение алкогольной смертности с 2006 г.

Поправки в Федеральный закон о государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции (171 ФЗ) внесли коррективы в развитие алкогольной ситуации в России в 2006 г.

С января года этими поправками был существенно увеличен оплаченный уставный капитал для производителей спирта и алкогольной продукции, а региональным властям было разрешено повышать уставный капитал для розничных торговцев алкоголем. Результатом стало закрытие мелких производителей спирта и алкогольной продукции, а в ряде регионов и мелких торговых точек.

В июле 2006 г. вступили в силу новые поправки в этот закон. Во-первых, был введен список из четырех обязательных денатурирующих добавок для спиртосодержащих жидкостей (бензин, керосин, битрекс и кротоновый альдегид). Добавление любой из

этих добавок в установленных данными поправками количествах делает спиртосодержащую жидкость действительно непригодной для питья, и эти денатураты плохо выводятся во время перегонки спирта. Остается только сожалеть, что, согласно Кодексу административных правонарушений РФ невыполнение этой нормы грозит производителю всего лишь не слишком большим штрафом, и потому многие производители ее просто игнорируют. Другим негативным моментом является то, что эти требования не распространяются на спиртосодержащую продукцию технического и медицинского назначения.

В июле же произошла смена акцизных марок и внедрение Единой государственной автоматизированной информационной системы (ЕГАИС) электронной регистрации алкоголя. Внедрение прошло не без проблем, что спровоцировало кризис пустых полок на алкогольном рынке в июле. Наконец, запрет на экспорт молдавских и грузинских вин дополнил пеструю картину событий на алкогольном рынке в России в 2006 г.

Какой же совокупный эффект имели все эти события? Как и следовало ожидать исходя из мирового опыта алкогольной политики, в целом, положительный.

В 2006 году, впервые с 1998 года, в России сократилось производство спирта, и впервые же значительно снизилась смертность. По данным Росстата, в 2006 г. умерло на 138,2 тысячи человек меньше, чем за 2005 год. Смертность снизилась преимущественно за счет причин смерти, динамика которых тесно связана с потреблением алкоголя. Особенно сильно сократилась смертность от алкогольных отравлений – на 7,5 тыс., что составляет 20,7%. (Росстат 2007*в*).

Напомним, что алкогольно-зависимая смертность в России не исчерпывается алкогольными отравлениями и включает значительный процент убийств, самоубийств, смертей от цирроза, сердечно-сосудистых заболеваний, инсультов, панкреатита, болезней органов дыхания, а также рака органов системы пищеварения.

По расчетам А. В. Немцова (2001, 2003*а*, 2003*б*), подтверждаемым данными МВД (2005), с алкоголем связано большинство убийств в России. В связи с этим примечательно, что наиболее сильно в 2006 году снизилась смертность от убийств – на 19,7% (7,1 тыс.). Заметным было также снижение смертности от самоубийств (7,5% или 3,6 тыс.) и транспортных травм (5,3% или 2,3 тысячи) – значительный процент смертей в обеих этих категориях в России происходит в нетрезвом состоянии.

Снизилась смертность и от болезней системы кровообращения (5,3% или 74,9 тысяч), что также в значительной степени связано

со снижением алкогольной смертности, поскольку, по данным региональных бюро судебно-медицинской экспертизы, среди этой категорий умерших значительное количество умирает с повышенной концентрацией алкоголя в крови (Школьников, Червяков 2000). На 13,1% снизилась смертность от болезней органов дыхания, а здесь группой риска являются маргинализированные слои, включая алкоголиков и лиц БОМЖ (Сон, Тен, Пронина 2004).

Отметим также, что среди мужчин смертность снизилась заметно сильнее (на 8,4%), чем среди женщин (на 4%) (Росстат 2007*д*).

Таким образом, нет сомнений, что спад смертности в 2006 году стал результатом, прежде всего, ужесточения регулирования алкогольного рынка, и как следствие, снижения производства и потребления алкоголя (см. также главу В. М. Школьникова, Е. М. Андреева и Д. А. Жданова в этой книге). Динамика смертности россиян в очередной раз показывает, что потребление алкоголя, в особенности крепких напитков, изготовляемых на основе дистиллированного спирта, является ключевым фактором аномально высокой смертности россиян.

То, что относительно небольшое снижение потребления алкоголя привело к результатам, сопоставимым с выигрышем от падения смертности в ходе антиалкогольной кампании второй половины 1980-х гг., объясняется спецификой распределения риска экстремальной алкогольной смертности. Индивидуальный риск смерти от внешних причин возрастает в зависимости от потребления алкоголя не линейно, а экспоненциально. Риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний – *J*-образный (т.е. выпивающие 10 грамм этанола в день умирают от сердечно-сосудистых заболеваний несколько реже, чем совсем непьющие, однако после этой дозы риск смерти возрастает очень резко и нелинейно) (Anderson 1995), при этом число людей, злоупотребляющих алкоголем, пропорционально квадрату потребления алкоголя (см. статью С. Нордлунда в этом сборнике).

При таком высоком уровне алкогольных проблем, как в России даже небольшое снижение потребления дает существенное сокращение экстремальной алкогольной смертности.

Каким же образом распределилось снижение алкогольной смертности по месяцам? Для ответа на этот вопрос воспользуемся таким индикатором алкогольной смертности, как смертность от случайных отравлений алкоголем (Рис. 6).

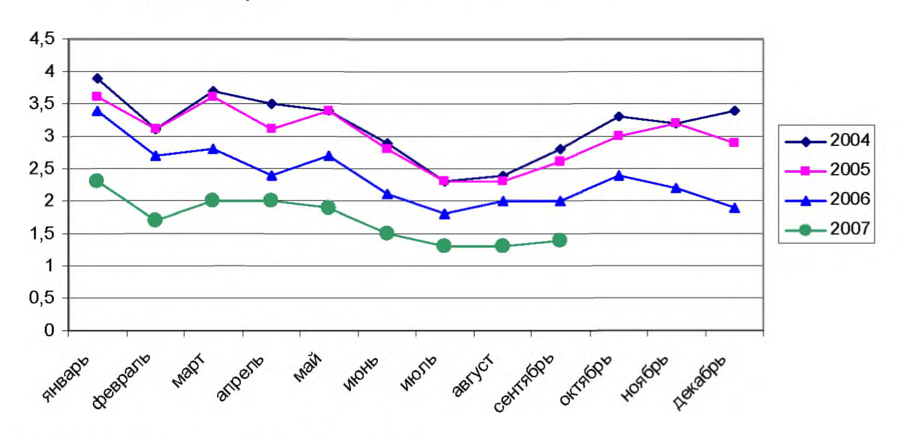
Как мы видим, динамика смертности от случайных отравлений алкоголем в 2005 г. не отличалась существенно от таковой в

2004 г. Сильный спад смертности от алкогольных отравлений произошел в феврале 2006 года. Минимального уровня, как и следовало ожидать, эта смертность достигла в июле в момент кризиса на алкогольном рынке, а в августе произошло небольшое восстановление почти до июньского уровня.

Сезонный повышательный тренд осенью в октябре неожиданно закончился значительным снижением смертности от алкогольных отравлений.

Резкое падение смертности от отравлений алкоголем произошло на фоне бума сообщений в СМИ о волне отравлений алкоголем.

Рис. 6. Количество умерших (тыс. чел.) от случайных отравлений алкоголем в 2005, 2006 и 2007 годах по месяцам



Источник данных: Росстат 2007*в*[6].

Согласно нашим информантам в регионах, поправки в 171 ФЗ действительно привели к снижению производства и продажи спиртосодержащих жидкостей технического назначения. Однако эта ниша начала частично заполняться жидкостями медицинского и парфюмерного назначения, на которые не распространяются ни требования к денатурации, ни ставки акцизов.

[6] При поиске статистической информации на сайте Росстата в разделе «Информация о социально-экономическом положении России (краткий доклад)» выход в статистические базы данных за предшествующие годы достигается изменением цифры после буквы «b» в адресной строке http://www.gks.ru/bgd/free/b07_00/Main.htm. Например, для 2006 г. следует набрать не «b07_00», а «b06_00».

Возможно, волна сообщений о вспышке токсического гепатита связана с тем, что отравления получившими распространение видами суррогатов, могут иметь другую клиническую картину, чем отравления традиционными суррогатами. В качестве кандидата могут рассматриваться содержащие хлористые добавки антисептики, ранее занимавшие небольшой процент на рынке алкогольных суррогатов, но получивших распространение осенью 2006 г.[7]

В. П. Нужный выдвинул другую гипотезу причин волны токсических гепатитов:

> «Легальный алкоголь исчез из сельской торговой сети в связи с введением в действие (июль 2006 года) нового порядка лицензирования деятельности, связанной с реализацией крепких алкогольных напитков. Подавляющее большинство мелких провинциальных магазинов не отвечало новым требованиям (торговые помещения должны иметь площадь не менее 50 кв. м., охранную сигнализацию, сейфы и контрольно-кассовые аппараты с фискальной памятью). <…> При отсутствии личного автотранспорта, высокой стоимости проезда в общественном транспорте или полном отсутствии такового легально произведенная алкогольная продукция (за исключением пива) для жителей села стала практически недоступной. Именно эти обстоятельства послужили причиной резкого увеличения нелегального оборота и потребления спиртосодержащих жидкостей технического, бытового и лекарственного назначения и последовавшей вскоре эпидемии токсических гепатитов» (Нужный 2007).

Данная гипотеза требует тщательного анализа. В любом случае, волна токсичных гепатитов не оказала существенного влияния на динамику смертности в 2006 г., т.к. по данным В. П. Нужного лишь небольшое число случаев токсических гепатитов рассматриваемого типа были смертельными.

Так или иначе, некоторое увеличение смертности от токсических гепатитов было с лихвой перекрыто общим снижением смертности от алкоголезависимых причин. От ужесточения алкогольного законодательства сельские жители выиграли столь же сильно, как и городские. Смертность на селе с 2005 по 2006 г. сократилась на 6,4%, а в городе – на 6,3% (Росстат 2007*д*).

В 2007 г. снижение алкогольной и общей смертности продолжилось. Признавая важность и своевременность национального проекта «Здоровье» приходится все же признать, что снижение смертности связано в первую очередь не с ним, а со снижением алкогольных проблем. Об этом говорит структура снижения смертности, идентичная таковой во время антиалкогольной кампании

---

[7] Личные сообщения зам. пред. комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ, д.м.н., академика РАМН, заслуженного врача РФ Н. Ф. Герасименко и руководителя лаборатории токсикологии Национального научного центра наркологии МЗСР РФ, д.м.н. В. П. Нужного.

1980-х гг., с наиболее сильным снижением смертности от случайных отравлений алкоголем.

Все это заставляет задуматься, а не является ли введение Единой государственной автоматизированной информационной системы (ЕГАИС) мерой, эффективной с точки зрения общественного здоровья? Ведь эффекты таких поправок, как увеличение проплаченного уставного капитала для производителей этилового спирта и крепких напитков, а также денатурация спиртосодержащих жидкостей технического назначения, должны были себя уже исчерпать. Также не вполне ясно, произошло ли в этот период общее снижение потребление алкоголя, либо изменение его структуры за счет снижения потребления крепких напитков и свехкрепких алкогольных суррогатов. Этот вопрос требует дальнейших научных исследований.

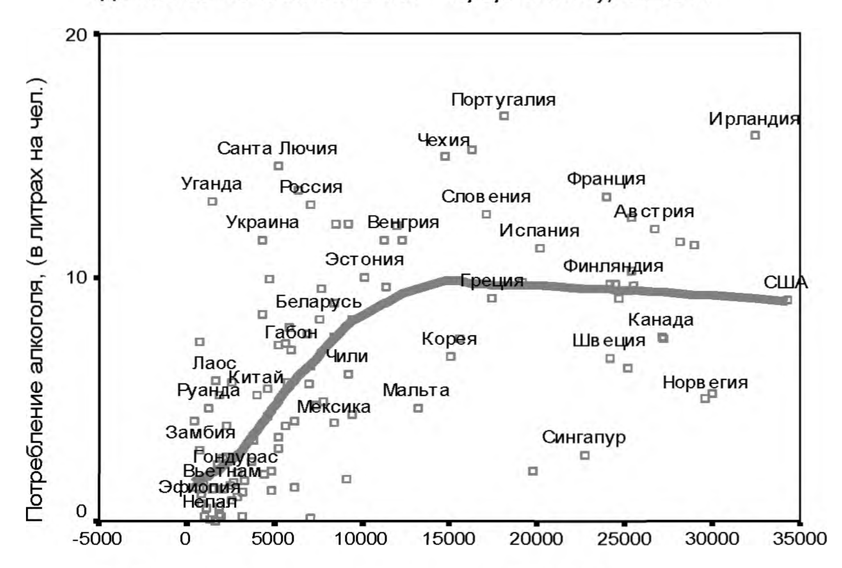
Заметный спад алкогольной смертности в 2006–2007 гг. произошел впервые за последние годы. Однако он ликвидировал лишь меньшую часть алкогольных потерь. Алкогольная смертность по прежнему представляет собой мощнейший источник демографического неблагополучия и прямую угрозу демографическому развитию страны.

6. Глубинные причины алкоголизации России в контексте международного опыта

Здесь встает вопрос, почему россияне пьют крепкие алкогольные напитки? Почему Россия имеет столь тяжелые алкогольные проблемы? Ведь по частотам генов, ответственных за расщепление этилового спирта восточные славяне, составляющие большинство населения России, не отличаются от других европейских народов (Боринская и др. 2005).

И вновь на помощь нам приходят кросс-национальные сопоставления. На Рис. 7 видно, что в беднейших странах потребление алкоголя незначительно, т.к. большинство населения просто не имеет возможности тратиться на покупку или производство такой роскоши, как алкоголь.

Рис. 7. Потребление алкоголя (WHO 2007) и ВВП на душу населения в мире (UNDP 2003) (за исключение стран, где более 40% населения – мусульмане), 2001 г.



Поскольку алкоголь приносит приятные ощущения и вызывает зависимость, то по мере роста уровня жизни и появления излишков население начинает потреблять все больше алкоголя. При достижении определенного уровня жизни потребление алкоголя стабилизируется. В ряде случаев в наиболее развитых странах происходит даже некоторое снижение потребления, как правило, благодаря продуманной антиалкогольной политике властей (например, в США, Франции, Швеции и др.).

Если в южно- и центральноевропейских странах, где традиционными являются слабоалкогольные напитки, рост потребления алкоголя на фоне модернизации не имеет сверхсильных демографических последствий, то на севере Европы этот период оборачивается настоящей социальной катастрофой.

Практически все нордические страны Европы прошли через полосу серьезных алкогольных проблем. Например, сцены жизни Северной Европы XIX в. напоминают хорошо нам знакомую картину. Широко была распространена традиция «Святого понедельника», когда многие работники продолжали напиваться или трезветь после злоупотреблений алкоголем в выходные. В Ирландии

распитие самогона было повседневной реальностью жизни всех групп населения на селе, включая женщин и детей. Лондонские питейные заведения осаждались в день получки женами, отчаянно желавшими не дать мужьям пропить свою зарплату (Harrison 1971). С аналогичными проблемами на определенном этапе модернизации столкнулись Германия, Норвегия (Брофосс 2000), Финляндия, Швеция и т.д.

История Венгрии в 1970–80-е гг. представляет яркий пример того, как рост уровня жизни привел к росту потребления алкоголя. В этой стране становление демографического «креста» подобного российскому началось задолго до Перестройки. В результате успешных экономических реформ администрации Яноша Кадара в 1960–70-е гг. произошла либерализация венгерской экономики, что привело к стремительному экономическому подъему. Однако общий рост экономики привел и к росту производства и потребления алкоголя. Подъем сельского хозяйства способствовал росту производства дешевого вина и производимых на его основе крепких алкогольных напитков, не всегда фиксируемого официальной статистикой. С 1965 по 1985 гг. потребление крепких напитков в Венгрии утроилось. В результате в стране произошел ощутимый рост смертности, сопровождавшийся с 1976 г. резким падением рождаемости. Если в России демографический крест случился на фоне падения производства (с 1989 по 1998 гг. ВВП сократился в 1,79 раз), то в Венгрии – на фоне его быстрого роста (за 1970-е гг. ВВП Венгрии вырос на 58%) (подробнее см.: Коротаев, Комарова, Халтурина 2007).

Алкоголизация России произошла по тому же сценарию, что и во всем мире. В дореволюционный период потребление алкоголя было втрое ниже, чем в наши дни (Немцов 2001). Особенно сильный рост потребления алкоголя начался в 1960-е гг., когда уровень жизни советских граждан начал ощутимо расти. Несчастливой особенностью алкоголизации России стала типичная для северных европейцев модель преимущественного потребления крепких алкогольных напитков, способствующих сильной интоксикации.

Главным толчком к росту потребления алкоголя и алкогольной смертности в России 1990-х стала либерализация алкогольной отрасли и, как следствие, возросшая экономическая доступность крепких алкогольных напитков и спирта. 7 июня 1992 г. Б. Н. Ельцин отменил государственную монополию на водку, в результате чего относительная цена водки упала в несколько раз. Как показали Ю. В. Андриенко и А. В. Немцов (2005*б*), в России, также как и в других странах, потребление алкоголя зависит от

цен на спиртное (см. статью Э. Остерберга в этом сборнике). Однако важным фактором потребления алкогольных напитков являются и доходы граждан. Анализ данных РМЭЗ показал, что в России «риск быть потребителем алкоголя растет вместе с индивидуальным доходом» (Андриенко, Немцов 2005*б*). Рост доходов россиян с 1999 г. является серьезным фактором алкоголизации населения и нуждается в компенсации повышением цен на алкогольную продукцию.

Важным фактором стала также и легализация самоноговарения. Отметим, что Россия – единственная северная страна, где нет полного запрета на самогоноварение. В результате, самогоноварение вносит мощный вклад в деградацию и вымирание российского села (Заиграев 2001).

В целом, массовая алкоголизация населения носит эпидемический характер и развивается автоматически по мере роста экономической и/или физической доступности алкоголя при отсутствии серьезных сдерживающих факторов (религиозный запрет, ограничительная политика государства и т.д.).

7. Государственная политика в сфере алкоголя как способ решения демографического кризиса России

Безусловно, демографический кризис в России — проблема комплексная. Она требует прятия мер по стимулированию рождаемости, росту качества медицинского обслуживания и т.д. Однако вряд ли на сегодняшний день в России имеются ресурсы, способные увеличить рождаемость настолько, чтобы покрыть огромную разницу между рождаемостью и смертностью без снижения последней.

Увеличения финансирования медицины также недостаточно для решения демографического кризиса. Разумеется, это направление развивать обязательно надо, это добавит несколько лет жизни россиянам, в особенности непьющим. Однако дорогостоящие меры такого рода будут малоэффективными, пока не будут устранены основные «черные дыры», в которые с огромной скоростью «уходит» население России: крепкие спиртные напитки, тяжелые наркотики и смертность от курения.

Как показывает история, экономический рост сам по себе также не является панацеей от демографических проблем, так как ведет к росту потребления алкоголя. Решение демографического кризиса требует радикального снижения россиянами потребления крепких алкогольных напитков, табака и, по крайней мере, тяжелых

наркотиков, желательно в сочетании со снижением общего уровня потребления алкоголя и наркотиков. Это позволило бы немедленно остановить вымирание России.

Конечно, борьба с алкогольной и наркотической смертностью должна сочетаться с увеличением финансирования здравоохранения, целенаправленными мерами по стимулированию рождаемости[8] и разумной миграционной политикой. В этом случае можно было бы рассчитывать на полное решение российского демографического кризиса в долгосрочной перспективе.

В настоящее время России необходимо внедрение целенаправленной, решительной и эффективной политики по снижению потребления алкоголя и, в особенности, крепких алкогольных напитков. По всей видимости, этически такой шаг был бы совершенно оправданным, так как от злоупотреблений алкоголем страдают не только сами употребляющие, но и другие: близкие алкоголиков и пьяниц, дети с врожденным аномалиями, жертвы разнообразных «пьяных» преступлений и ДТП, налогоплательщики, вынужденные оплачивать лечение пострадавших от злоупотребления алкоголем, пособия по инвалидности и т.д. К тому же на кону стоит само выживание нации и целостность страны.

---

[8] Меры семейной политики, реально способствующие росту рождаемости в странах с высоким уровнем образования, включают в себя: существенные денежные пособия и выплаты семьям с детьми, декретные пособия, обеспечение доступных и качественных услуг по уходу за детьми, особенно дошкольного возраста (детские сады, няни и т.п.), поддержка матерей при выходе на работу после декретного отпуска (резервирование должности за женщиной в декретном отпуске, предоставление матерям позиций с частичной занятостью) (Neyer, Andersson 2004), меры по увеличению доступности жилья (d'Addio, d'Ercole 2005; Макдональд 2006; Малева, Синявская 2006). Кроме того, сверхсмертность и нетрудоспособность молодых мужчин, в том числе от причин, связанных с алкоголем, по всей видимости, негативно влияют на рождаемость (Халтурина, Коротаев 2006; Коротаев, Комарова, Халтурина 2007).

8. Эффективные меры государственной политики в сфере алкоголя

Практика показала, что нормальное развитие северной страны невозможно без ограничительной алкогольной политики государства. К настоящему моменту в мире накоплен колоссальный опыт, позволивший выделить меры алкогольной политики, способные эффективно снижать бремя алкогольного вреда (Edwards *et al.* 1994; Holder, Edwards 1995; Rehm, Room, Edwards 2001; Babor *et al.* 2003; WHO 2004; см. также статью Э. Остерберга в этом сборнике). Эти меры зарекомендовали себя повсюду в мире, однако оказались особенно эффективными в североевропейском регионе (Брофосс 2004 см. также статью Э. Хорверака в этом сборнике). То, что Россия столкнулась с эпидемией алкоголизации позже наиболее развитых стран даже дает нашей стране определенное преимущество. России уже не надо искать выход из кризиса методом проб и ошибок, ей просто необходимо внедрить комплекс апробированных принципов и мер алкогольной политики, разумеется, с учетом российской, североевропейской и постсоветской специфики.

Общепризнанной целью алкогольной политики государства является снижение смертности, заболеваемости и социальных проблем, связанных с алкоголем. Интересы бюджетной сферы государства и национальных производителей алкогольной продукции принимаются во внимание только в той мере, в какой они не противоречат основной цели.[9]

---

[9] Исследование позиции алкогольной отрасли в рамках рабочей группы Европейской комиссии по алкоголю и здоровью показало, что представители отрасли ратовали за малоэффективные меры, такие как антиалкогольное просвещение и образование и лечение алкоголиков, и были против реально эффективных мер, таких как снижение доступности спиртного и повышение акцизов на алкогольную продукцию. Кроме того, представители алкогольной отрасли были против снижения допустимого уровня содержания алкоголя в крови водителей, и вообще стремились прикрывать свои коммерческие интересы идеологией свободного рынка и критикой «идей сухого закона». Позиция представителей правительств стран ЕС и неправительственных организаций была иной: они придавали гораздо больше значения действительно эффективным мерам государственного регулирования (Anderson, Baumberg 2006). Позиция российской алкогольной промышленности весьма похожа на таковую на Западе, с тем отличием, что российская алкогольная промышленность периодически пытается продвигать меры, однозначно вредные с точки зрения общественного здоровья меры, такие как снижение акцизов (см., например: Каныгин 2006).

Другим важнейшим принципом современной алкогольной политики является ее нацеленность на общество в целом, а не исключительно на тяжелых алкоголиков. Алкоголизм – болезнь социальная, и для лечения ее необходимо воздействовать на все общество, поскольку все когорты потребителей алкоголя в обществе воздействуют друг на друга (Skog 1985; см. также статью С. Нордлунда в этом сборнике).

Большинство жертв алкогольной смертности – не алкоголики. Конечно, смертность среди алкоголиков очень высока, однако основные потери идут от самой массовой группы риска – нормальных «добропорядочных» граждан, периодически (например, по выходным) принимающих опасные дозы алкоголя.

Это связано с особенностями распределения потребления алкоголя в населении и индивидуальных рисков среди различных групп пьющих.

До середины XX века алкогольная политика строилась в соответствии с «моделью болезни», которой соответствует бимодальное распределение потребителей алкоголя в обществе. Согласно этой гипотезе, распределение имеет два пика: большинство, состоящее из «нормальных» потребителей, и меньшинство, включающее злоупотребляющих алкоголем и тяжелых алкоголиков. Такое распределение могло бы значить, что хронически злоупотребляющие алкоголем люди в определенном смысле представляют собой отдельную от остального общества группу, а, следовательно, снижение уровня алкогольных проблем в обществе требует воздействия преимущественно на этих людей.

В середине 1950-х гг. французский демограф С. Ледерманн, проанализировав региональные данные по смертности во Франции с начала 1940-х гг., выдвинул совершенно иную концепцию. Он показал, что главным коррелятом смертности от ряда болезней во Франции был общий уровень потребления алкоголя. Это значило, что динамика потребления алкоголя определяет тяжесть алкогольных проблем не только среди алкоголиков, но и в обществе, в целом, а, следовательно, для уменьшения алкогольной смертности необходимо воздействовать на уровень потребления алкоголя во всем обществе, а не исключительно среди алкоголиков.

Согласно С. Ледерманну общество представляло собой не две разрозненные группы «алкоголиков» и «нормальных людей», а непрерывный континуум тесно взаимодействующих категорий потребителей алкоголя (мало пьющие, умеренно пьющие, злоупотребляющие алкоголем, тяжелые алкоголики и т.п.). С. Ледерманн предложил гипотезу о едином логнормальном распределении потребления алкоголя среди когорт, при котором логарифм пере-

менной имеет нормальное (Гауссово) распределение (Ledermann 1956).

Значительная часть связанных с алкоголем смертей, несчастных случаев и преступлений связана с состоянием сильного опьянения, которого регулярно достигают далеко не только алкоголики (Аасланд 2000; Нордлунд 2000; см. статью С. Нордлунда в этом сборнике).

Исследование этой проблематики привело к обнаружению «парадокса профилактики» в сфере алкогольной политики: даже небольшое воздействие на общество в целом, дает больший эффект, чем сильное воздействие на группу риска (т.е. на больных алкоголизмом) (Krietman 1986; Lemmens 1995; Rossow, Rosmeljo 2006). Адресная работа с группами риска необходима, но недостаточна.

Одной из главных целей современной алкогольной политики является снижение потребления алкоголя до относительно безопасного уровня. Эксперты Всемирной Организации Здравоохранения называют в качестве такового 8 литров этанола на взрослого человека в год. В современной России легальное и нелегальное потребление составляет 14–15 литров.

Согласно исследованиям, количество тяжелых алкоголиков в обществе приблизительно пропорционально квадрату потребления алкоголя (Bruun 1975; Skog 1985; Lemmens 1995; см. статью С. Нордлунда в этом сборнике). При таком высоком уровне потребления алкоголя, как в России, даже небольшое снижение общего уровня потребления алкоголя будет сопровождаться заметным сокращением количества алкоголиков, а значит также количества алкогольных отравлений, циррозов, детей с олигофренией и т.д.

В российских условиях особенно важным является сокращение потребления крепких алкогольных напитков. В виде крепких напитков до сих пор потребляется порядка 70% алкоголя, что составляет около 10 литров этанола в год на взрослого. В наиболее развитых странах этот показатель равен 2–3 литрам, значительная часть из которых продается в виде коктейлей. Снижение потребления легальных и нелегальных крепких и сверхкрепких напитков, являющихся главным источником российской сверхсмертности, должно стать приоритетной целью алкогольной политики России.

Также важным приоритетом является максимальное сокращение потребления алкоголя молодежью. Исследования показывают, что потребление алкоголя подростками снижает интеллектуальные способности, ухудшает работу головного мозга (Brown *et al.* 2000; Monti *et al.* 2005) негативно влияет на посещаемость занятий и ус-

певаемость, в целом (Engberg, Morral 2006). Это значит, что пьющие молодые люди вредят не только своему образованию, но и своей карьере и профессиональному будущему в целом.

Злоупотребление алкоголем в юности повышает в 4 раза риск заболевания алкоголизмом впоследствии (Chou, Pickering 1992; Kraus, Bloomfield, Reese 1995; Grant, Dawson 1997). Наконец, существует четкая корреляция между потреблением алкоголя в юности и вероятностью ранней смерти в будущем, особенно насильственной (Andreasson *et al.* 1988).

Поддержка общества значительно облегчает проведение в жизнь мер алкогольной политики. Государству не стоит рассчитывать на поддержку общества как нечто само собой разумеющееся, это требует постоянной, целенаправленной работы. Так, в Польше обеспечение общественной поддержки мер по снижению потребления алкоголя является составной частью государственной политики в этом направлении (PARPA 2000: 6). Исследования показывают, что сама по себе пропаганда трезвости и умеренности слабо влияет на поведение людей. Однако проведение такой работы необходимо, так как оно способствует формированию общественной поддержки алкогольной политики государства.

Наиболее эффективные меры алкогольной политики включают уменьшение доступности алкоголя, в особенности крепких напитков, экономически, в пространстве, во времени и по возрасту. Применительно к российским реалиям, эти меры обязательно должны сочетаться с борьбой с производством и продажей водочных суррогатов.

8.1. Ценовое регулирование

Ценовое регулирование является наиболее эффективным способом добиться снижения потребления алкоголя. Повышение цен на алкоголь, как и на любой другой товар, приводит к снижению спроса.

Дешевизна и доступность дистиллированных крепких напитков приводит к миллионам трагедий на севере Восточной Европы. Как показывает многовековой опыт, северным странам необходима по меньшей мере 10-кратная разница между стоимостью одного и того же объема крепких напитков и пива (Рис. 8).

При этом, без сомнения, эта разница должна достигаться не снижением цен на слабоалкогольные напитки, а еще более сильным налогообложением крепких напитков.

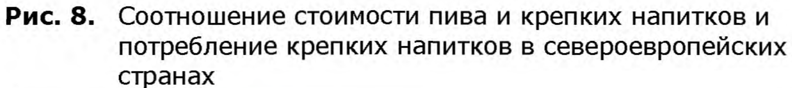


Рис. 8. Соотношение стоимости пива и крепких напитков и потребление крепких напитков в североевропейских странах



ИСТОЧНИК ДАННЫХ: Минко 2001; Немцов 2003; Brunovskis, Ugland 2003; WHO 2004*a*; WHO 2007.

Пока стоимость бутылки водки будет равняться стоимости 3–4 бутылок пива, а вино будет дороже водки, Россия так и будет мировым лидером по уровню алкоголизма, алкогольной смертности и депопуляции. Судя по графику на Рис. 8, ликвидация алкогольной сверхсмертности в России возможна в случае увеличения акцизов на водку в 2–3 раза за определенный период в сочетании с борьбой с нелегальными напитками.

Возможно ли это в постсоциалистической стране с водочной культурой? Как показывает опыт Польши, возможно. Еще недавно эта страна была преимущественно водочной, и водка была частью национальной идентичности, но за последние десятилетия поляки в большинстве своем перешли с водки на более слабые напитки.

С 1996 по 2001 годы акциз на водку в Польше был увеличен в 2,5 раза до 62,8 злотых за литр этанола (15,7 евро) (Szymczak 2002). Для сравнения, в России в 2006 г. этот акциз составлял 159 рублей, что соответствует 4,6 евро. Бутылка пива в Польше стала в 12 раз дешевле бутылки легальной водки, и поляки массово перешли на пиво. В результате этого, в частности, продолжительность жизни польских мужчин увеличилась до 70 лет, и Польша первой из постсоветских стран преодолела кризис сверхсмертности, не в последнюю очередь из-за снижения алкогольных

проблем. В России же с 1998 года рост акцизов на водку, в среднем, не превышал инфляции, однако доходы населения росли, а вместе с ними росли потребление алкоголя и смертность.

Но не перешли ли польские маргиналы на нелегальную водку? Как показывает мировой и российский опыт, при снижении доступности легальных алкогольных напитков, как правило, происходит некоторый рост нелегального производства и импорта алкоголя. Однако рост потребления нелегального алкоголя всегда существенно ниже падения потребления легальных алкогольных напитков. В результате здоровье нации, в среднем, заметно выигрывает. В Польше после введения высоких акцизов на водку действительно несколько выросли самогоноварение, подделка и контрабанда водки. Однако это не компенсировало падения потребления легальной водки, и общий результат превзошел все ожидания.

Об этом же свидетельствуют и российские данные. В ходе антиалкогольной компании 1985–1987 годов всплеск самогоноварения не компенсировал падения продаж водки. Резко упавшие в 1985 году показатели смертности от отравлений, насилия и несчастных случаев, ишемической болезни сердца, инсультов и циррозов вплоть до начала сворачивания кампании были существенно ниже значений 1984 года.

Что касается современного периода, то здесь сильно проясняет ситуацию исследования спроса на алкоголь в России Ю. А. Андриенко и А. В. Немцова. Эти исследователи проанализировали данные по потреблению алкоголя с 1994 по 2004 годы Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (Андриенко, Немцов 2005*б*).

При увеличении цены на водку потребление водки в России падает, а потребление пива увеличивается. При этом среди бедных слоев увеличивается потребление самогона. Поскольку токсичность самогона приблизительно равна токсичности водки (Нужный и др. 1999; Нужный, Савчук, Каюмов 2002; Нужный, Савчук 2005; см. также статью В. П. Нужного и С. А. Савчука в этом сборнике), а пиво значительно менее токсично, то при повышении акцизов на водку следует ожидать снижения смертности. В связи с этим Ю. А. Андриенко и А. В. Немцов рекомендуют «постепенный опережающий инфляцию рост розничных цен на спиртные напитки» (Андриенко, Немцов 2005*а*: 2).

Таким образом, представление о том, что при «закручивании гаек» на алкогольном рынке смертность россиян вырастет из-за роста потребления суррогатов, вряд ли имеет под собой реальные основания. Оно выгодно только участникам алкогольного рынка,

которые его усиленно муссируют. Доходит до того, что ради здоровья нации предлагается снизить цену водки (идея т.н. «народной водки»), что полностью противоречит результатам всех авторитетных исследований в области алкогольной политики. С другой стороны, повышение акцизов на водку должно, без сомнения, сопровождаться серьезным усилением борьбы с производством и продажей водочных суррогатов.

8.2. Борьба с нелегальной водкой, самогоном и водочными суррогатами

По оценке П. С. Каныгина, чуть более половины нелегальных крепких напитков в России составляет нелегальная водка «приличного заводского качества», до 30% самогон и до 20% спиртосодержащие жидкости (технического и парфюмерного назначения) и аптечные настойки (Каныгин 2006). Все эти токсичные и дешевые жидкости представляют серьезную опасность для жизни и здоровья граждан России (см. в особенности главу Д. А. Леона и его соавторов в этой книге), а значит, государство должно стремиться минимизировать их присутствие на алкогольном рынке.

Представители экспертного сообщества выдвигали следующие предложения по борьбе с нелегальными алкогольными напитками, каждое из которых заслуживает отдельного рассмотрения и проведения специальных исследований:

- государственная монополия на производство этилового спирта с выплатой акцизов на водку перед передачей сырья;
- ужесточение наказания за производство спиртосодержащих жидкостей без установленной законом денатурации;
- увеличение акцизов на этиловый спирт, используемый для производства спиртосодержащей, медицинской и парфюмерной продукции;
- расфасовка медицинских спиртосодержащих настоек в мелкую тару;
- ограничение крепости медицинских спиртосодержащих настоек уровнем 10%;[10]
- создание экспертного совета, имеющего полномочия запрещать продукцию, в значительных количествах потребляемую населением вместо алкогольной;[11]
- запрет самогоноварения, установление уголовного наказания за продажу нелегально произведенного самогона.

[10] Предложение Д. Леона, личное сообщение.
[11] Предложение А. В. Надеждина, личное сообщение.

8.3. Ограничение физической доступности алкогольных напитков

Среди эффективных мер по снижению алкогольных проблем – меры, направленные на ограничение физической доступности алкогольных напитков. К таким мерам относится запрет на продажу алкогольных напитков в ночное или нерабочее время. Значительное количество смертей в России происходит после того, как выпивающие решают «догнаться», идут ночью в ближайший работающий магазин и докупают спиртное. Действенный запрет на продажу алкогольной продукции или хотя бы крепких напитков в ночное время помог бы немедленно снизить уровень смертности, преступности и травматизма в стране.

Так, в г. Троицке московской области введение запрета торговли спиртным после 23.00 (за исключением двух сетевых магазинов в центре города) в июне 2006 г. привело к следующих результатам. Количество молодых людей до 25 лет, задержанных за административные правонарушения, совершенные в нетрезвом состоянии, снизилось с 40 в мае, до 28 в июне. Количество лиц старше 25, задержанных за совершение административных правонарушений в нетрезвом состоянии, снизилось с 27 до 15. Из них число задержанных на улице снизилось с 13 до 3. Количество травм, связанных с распитием алкогольных напитков, уменьшилось с 10 в мае до 8 в июне, а число ДТП с участием хотя бы одного нетрезвого водителя – снизилось с 14 до 12, хотя обычно в этот период оно возрастает в связи с дачным сезоном (Кушал 2006). Разумеется, окончательные выводы относительно эффективности этой меры в Троицке требуют долгосрочного мониторинга ситуации в этом городе, вычленение тренда и сезонной компоненты, сравнения с ситуацией в соседних городах. Однако анализ предварительных данных указывает на ее положительное воздействие на уровень уличной преступности и травматизма.

В большинстве северных стран алкогольные напитки не продаются также в один из выходных дней, чаще всего, по субботам во второй половине дня. В России такого запрета нет, и по выходным наблюдаются 8–11% подъем смертности за счет несчастных случаев и смертей от болезней системы кровообращения (Школьников, Червяков 2000).

К эффективным мерам алкогольной политики государства относятся меры, направленные на сокращение количества точек, торгующих алкоголем. Существует зависимость между количеством торговых точек и алкогольной заболеваемостью, смертностью, преступностью. Если до ближайшей точки, торгующей алкоголем, идти далеко, то не каждый раз человек пойдет купить бутылку.

Если же, зайдя в магазин чтобы купить хлеб, человек видит на прилавках и спиртное, это нередко провоцирует приобретение алкогольных напитков.

В скандинавских странах даже после волны либерализации алкогольной сферы относительная численность магазинов, торгующих хоть сколько-нибудь крепкими алкогольными напитками, на порядок меньше, чем в России. В Исландии один магазин, торгующий напитками крепче 4,75%, приходится на 15,9 тыс. человек, в Финляндии – на 6,3 тыс., в Швеции и Норвегии - на 4,5 тыс. (Uotila 2007). Отметим, для сравнения, что на одно Подмосковье приходится более 15 тысяч таких точек, или одна точка на 400 человек.

Два основных способа регуляции количества торговых точек это разрешительное лицензирование и государственная монополия на розничную продажу алкогольных напитков. В России получение лицензии на розничную торговлю алкоголем носит преимущественно уведомительный характер, а стоимость лицензии недостаточно велика. Эксперты ВОЗ указывают, что система лицензирования может быть эффективной при значительной стоимости лицензии (доходы от продажи лицензий могут использоваться на лечение, профилактику или меры алкогольной политики), когда лицензии не даются автоматически, когда такие нарушения, как продажа несовершеннолетним и лицам в явном опьянении, караются санкциями, и когда лицензирование используется для ограничения количества торговых точек.

Кроме того, многочисленные исследования показывают, что откладывание возраста алкогольного дебюта снижает вероятность возникновения проблем с алкоголем у молодого человека или девушки в будущем (Chou, Pickering 1992; Kraus, Bloomfield, Reese 1995; Grant, Dawson 1997). Именно поэтому законодательство большинства стран устанавливает минимальный возраст легального приобретения алкоголя. Для России актуальным является не столько повышение этого возраста, который в настоящее время составляет 18 лет, сколько выполнение этой нормы. Слишком мягкое наказание и бездеятельность правоохранительных органов закладывают основу для формирования новых когорт алкоголиков.

8.4. Государственная монополия на розничную продажу алкогольных напитков

Ответом на тяжелую эпидемию пьянства в североевропейских странах стала государственная монополия на розничную продажу алкоголя. Эта мера зарекомендовала себя как эффективное сред-

ство снижения алкогольных проблем и смертности в Швеции, Исландии, Норвегии, Финляндии, Канаде, многих штатах США и т.д.

Государственная монополия на продажу алкоголя зарекомендовала себя как весьма эффективная мера с точки зрения здоровья общества. Например, в США, в 19 штатах, имеющих ту или иную форму монополии на продажу алкоголя, по сравнению со штатами без монополии потребление алкоголя лицами 14-18 лет ниже на 14,5%, частота злоупотребления этой группой лиц алкоголем (более 70 г. этанола за один прием) ниже на 16,7%, а смертность на дорогах по вине пьяного водителя ниже на 9,3% (Holder 2007).

В скандинавских странах такая монополия подразумевает продажу алкогольных напитков (как правило, крепче 4,7—5%) только в государственных магазинах, не считая обслуживания в барах. Цены в госмонопольных магазинах высоки, особенно на крепкие напитки, рабочий день ограничивается дневным временем суток, количество таких точек ограничено.

Кроме того, госмонополия способствует пополнению государственного бюджета. Несмотря на высокие монопольные цены (а значит, и пониженное потребление крепких напитков), в странах с госмонополией совокупные поступления в бюджет от продажи спиртных напитков как правило, выше, чем в странах того же уровня экономического развития без монополии (Rehm, Room, Edwards 2001).

Преимущество государственной монополии на розничную продажу алкогольных напитков в том, что она позволяет минимизировать частный интерес, который в данной сфере нередко противоречить интересам общества. Директору государственного магазина нет особого интереса продавать алкоголь несовершеннолетним, в то время как для владельца частного киоска за этим стоит конкретный материальный выигрыш (Угланд 2000).

9. Российское общество готово к ограничительной алкогольной политике государства

Алкогольные проблемы легли тяжелым бременем на российское общество. Практически у каждого россиянина есть родственники, погибшие и пострадавшие от алкоголя, многие семьи разрушены, многие жизни поломаны. В связи с этим в российском обществе назрело недовольство подобной ситуацией.

Согласно опросам, среди проблем, которые волнуют россиян в первой двойке-тройке регулярно оказывается проблема алкоголизма и наркомании (например, в июле 2006 г. она волновала 42% опрошенных). Опрос ВЦИОМ (2005 г.) показал, что 58% рес-

пондентов скорее поддержали бы сегодня антиалкогольную кампанию подобную кампании 1985–1987 годов (несмотря на то, что в ходе опроса спрашивалось об отношении к «так называемой алкогольной кампани»), а почти треть россиян выступают за то, чтобы в России ввели полный запрет на производство и торговлю спиртными напитками (NEWSRU.COM 2006).

Разумеется, поддержка алкогольной политики не одинакова для всех групп населения и для всех мер. Так, женщины склонны более положительно оценивать борьбу с алкоголизмом, чем мужчины.

Определенную проблему представляет собой то, что наиболее эффективные ограничительные меры алкогольной политики (например, повышение цен на алкогольную продукцию и ограничение количества часов продаж) поддерживаются меньшим процентом населения, чем малоэффективные образовательные меры (например, антиалкогольное воспитание в учебных заведениях) (Михайлова, Иванова 2006: 163–185).

Однако если мы сравним этот результат с данными по Норвегии (см. статью Э. Хорверака в этом сборнике), то мы увидим ту же самую картину. Норвежцы поддерживают меры антиалкогольной политики, за исключением налогообложения. Однако это не мешает Норвегии иметь самые высокие в Европе цены на алкоголь и крайне эффективную жесткую алкогольную политику, поддерживаемую населением.

Таким образом, поддержка населением адекватной, но разумно жесткой ограничительной антиалкогольной политики в России – вполне реалистичный сценарий. Однако формирование общественной поддержки алкогольной политики не происходит само собой и требует целенаправленной работы экспертного сообщества и властных структур по информированию населения о реальной алкогольной ситуации в стране и эффективности мер алкогольной политики.

Библиография

Аасланд О. 2000. Выявление алкоголизма и адресное вмешательство в системе первичной медицинской помощи: теоретические основы. *Алкогольная политика в России и Норвегии*. М. – Осло: SIRUS.

Александри А. Л., В. В. Константинов, А. Д. Деев, А. В. Капустина и Д. В. Шестов. 2003. Потребление алкоголя и его связь со смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний мужчин 40—59 лет (данные проспективного наблюдения за 21,5 года). *Терапевтический архив* 75(12): 8–12.

Андреев Е. М., Е. А. Кваша и Т. Л. Харькова. 2004. Возможно ли снижение смертности в России? *Население и общество* 145–146 (http://demosope.ru/weekly/2004/0145/tema01.php#6).

Андреев Е. М., Е. Кваша и Т. Л. Харькова. 2005. Истоки социального неравенства перед лицом смертности. *Население и общество* 227–228 (http://demoscope.ru/weekly/ 2005/0227/analit01.php).

Андриенко Ю. В. 2001. В поисках объяснения роста преступности в России в переходный период: криминометрический подход. *Экономический журнал ВШЭ* 5(2): 194–220.

Андриенко Ю. В. и А. В. Немцов. 2005*а*. *Какая алкогольная политика нужна России?* М.: EERC (http://www.eerc.ru/details/download.aspx?file_id=9459).

Андриенко Ю. В. и А. В. Немцов. 2005*б*. *Оценка индивидуального спроса на алкоголь*. М.: EERC (www.cefir.ru/download.php?id=626).

Башкирова и партнеры. 2007. *Счастье есть, его не может не быть!* 21.05.2007 (http://www.bashkirova-partners.ru/news/realize/279/).

Боринская С. А., Ф. Гасемианродсари, Н. Р. Кальина, М. В. Соколова и Н. К. Янковский. 2005. Полиморфизм гена алкогольдегидрогеназы ADH1B в восточнославянских и ираноязычных популяциях. *Генетика* 41(11): 1563–1566.

Брофосс К. 2000. Основные принципы алкогольной политики в Норвегии. *Алкогольная политика в России и Норвегии*. М., Осло: SIRUS.

Вирганская И. М. 1991. Внезапная смерть и алкоголь. *Здравоохранение Российской Федерации* 6: 18–20.

Вишневский А. Г. 1998. «Русский крест». *Новые известия* 28 февраля.

Вишневский А. Г., Е. А. Кваша и Т. Л. Харькова. 2005. *Приоритеты и политика в области снижения смертности в России*. Доклад на семинаре «Демографический кризис в России: стратегия и тактика его преодоления», 9 ноября 2005 г.

Вишневский А. Г. и В. М. Школьников. 1997. *Смертность в России: Главные группы риска и приоритеты действий*. М.: Московский Центр Карнеги.

ВЦИОМ 2005. *Вспоминая антиалкогольную кампанию Горбачева. Пресс выпуск № 207.* Москва, 13 мая (http://www.wciom.ru/?pt=45&article=1256).

ВЦИОМ 2007. *Кризиса брака: кто виноват и что делать*. Москва, 24–25 февраля (http://wciom.ru/arkhiv/tematicheskii-arkhiv/item/single/4083.html).

Гайдар Е. Т. 2005. *Долгое время. Россия в мире: Очерки экономической истории*. М.: Дело.

Герасименко Н. Ф., Д. Г. Заридзе и Г. М. Сахарова (ред.). 2007. *Здоровье или табак. Цифры и факты*. М.: Всероссийский национальный форум «Здоровье или табак?».

Гундаров И. А. 1995. *Почему умирают в России, как нам выжить?* М: Медиасфера.

Гундаров И. А. 2001*а*. *Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления.* М.: УРСС.

Гундаров И. А. 2001*б*. Духовное неблагополучие и демографическая катастрофа. *Общественные науки и современность* 5: 58–65.

Гундаров И. А. 2004. Демографическая катастрофа в России: причины и пути преодоления. *Почему вымирают русские* / Ред. И. В. Бестужев-Лада. М.: Эксмо-Пресс. С. 109–212.

Госкомстат. 2002. *Демографический ежегодник России 2002.* М: Госкомстат.

Демьянова А. А. 2005. Факторы и типы потребления алкоголя и табака в России. *Экономическая социология* 6(1): 78–94.

Еганян Р. 2000. Демографические реалии и перспективы республики Армения на пороге XXI века. *Международная миграция населения: Россия и современный мир* / Ред. В. А. Ионцев. Москва: МАКС Пресс. С. 79–91.

Еганян Р. 2002. Демографические реалии и перспективы республики Армения на пороге XXI века. *Население и общество* 83–84 (http://demoscope.ru/weekly/2002/083/analit02.php).

Заиграев Г. Г. 2001. Пьянство в России как реальная угроза национальной безопасности. *Социологические исследования* 11: 69–76.

Заридзе Д. Г., Р. С. Карпов, С. М. Киселева, И. Н. Конобеевская, Т. Х. Мень, А. А. Шайн и С. М. Шихман. 2002. Курение – основная причина высокой смертности россиян. *Вестник российской академии медицинских наук* 9: 40–45.

Исследование избыточной смертности. 2006. Исследование избыточной смертности мужчин трудоспособного возраста. Краткий обзор результатов исследования по материалам конференции. *Население и общество* 241–242 (http://www.demoscope.ru/weekly/2006/0241/analit06.php).

Каныгин П. С. 2006. *Бизнес –сообщество алкогольного рынка о некоторых вопросах государственного регулирования алкогольным рынком.* Доклад на Всероссийской конференции "Концепция алкогольной политики России". Москва, 18 мая.

Коротаев А. В., Н. Л. Комарова и Д. А. Халтурина. 2007. *Законы истории. Вековые циклы и тысячелетние тренды. Демография, экономика, войны*. М.: КомКнига/УРСС.

Коротаев А. В., А. С. Малков и Д. А. Халтурина. 2007. *Законы истории. Математическое моделирование развития Мир-Системы. Демография, экономика, культура*. М.: КомКнига/УРСС.

Кушал В. 2006. *Доклад на ситуационном тренинге «Принятие управленческого решения» на кафедре организации социальных систем и антикризисного управления в Российской академии государственной службы при Президенте РФ* 19 сентября.

Макдональд П. 2006. Низкая рождаемость и государство: эффективность политики. *Низкая рождаемость в Российской Федерации: вызовы и стратегические подходы.* М.: Права человека. С. 27–56 (http://www.unfpa.ru/files/98/Seminar%20on%20low%20fertility_rus.pdf).

Малева Т. М. и О. В. Синявская. 2006. Социально-экономические факторы рождаемости в современной России. *Низкая рождаемость в Российской Федерации: вызовы и стратегические подходы.* / Ред. А. Г. Вишневский. М.: Права человека. С. 76–84 (http://www.unfpa.ru/files/98/Seminar%20on%20low%20fertility_rus.pdf).

МВД 2005. *Преступность и правонарушения (2000–2004). Статистический сборник.* М.: МВД РФ.

Минко А. И. 2001. Алкоголизм – междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика). *Український вісник психоневрології* 9(4): 6–7.

Михайлова Ю. В. и А. Е. Иванова (ред.). 2006. *Предотвратимая смертность в России и пути ее снижения*. М.: ЦНИИОИЗ.

Немцов А. В. 2001. *Алкогольная смертность в России 1980–90-е гг.* М.: NALEX.

Немцов А. В. 2003*а*. Алкогольная смертность в России. *Население и общество* 78 (http://www. demoscope.ru/acrobat/ps78.pdf).

Немцов А. В. 2003*б*. *Алкогольный урон регионов России*. М.: NALEX.

Нордлунд С. 2000. Связь между общим потреблением алкоголя и его вредными последствиями. *Алкогольная политика в России и Норвегии*. М., Осло: SIRUS.

Нужный В. П. 1997. Пиво: химический состав, пищевая ценность, биологическое действие и потребление. *Вопросы наркологии* 4: 68–76.

Нужный В.П. 2001. *Вино в жизни и жизнь в вине*. Издание второе, дополненное. М.: Синтег.

Нужный В. П. 2007. *Критический анализ положений Национальной программы демографического развития России в части, касающейся мер государственной политики в сфере производства, оборота и потребления алкоголя*. Тезисы доклада на Всероссийская конференция «Роль общественных организаций в решении демографических и социальных проблем», Брянск, 27–28 сентября.

Нужный В. П., Ю. Д. Пометов, А. В. Ковалева, Е. В. Павельев, И. В. Цупко, Н. С. Овчинникова, Ю. В. Котовская, П. П. Огурцов, Ж.. Д. Кобалава и В. С. Моисеев. 2003. Сравнительное исследование психофизиологических эффектов водки, пива и слабоалкогольного газированного напитка. *Вопросы наркологии* 2: 22–35.

Нужный В. П. и В. В. Рожанец. 2007. Пиво в Российской Федерации: новая реальность. *Наркология* 3: 30–41.

Нужный В. П. и С. А. Савчук. 2005. Алкогольная смертность и токсичность алкогольных напитков. *Партнеры и конкуренты* 5: 18–26, 6: 27–35, 7: 24–31, 8: 15–21.

Нужный В. П., С. А. Савчук, И. В. Демешина, И. Г. Забирова, В. П. Листвина, Д. В. Самойлик, Л. А. Суркова и Е. Б. Тезиков. 1999. Состав и токсичность самогонов из сахара и меда. *Реф. сб. ВИНИТИ: Новости науки и техники. Серия «Медицина». Выпуск «Алкогольная болезнь»* 6: 1–10.

Нужный В. П., С. А. Савчук и Р. И. Каюмов. 2002. Химико-токсикологическое исследование крепких алкогольных напитков домашнего изготовления (самогон) из разных регионов России. *Наркология* 5: 43–48.

Нужный В. П., Ю. Д. Пометов, А. В. Ковалева, Е. В. Павельев, И. В. Цупко, Н. С. Овчинникова, Ю. В. Котовская, П. П. Огурцов, Ж. Д. Кобалава и В. С. Моисеев. 2003. Сравнительное исследование психофизиологических эффектов водки, пива и слабоалкогольного газированного напитка. *Вопросы наркологии* 2: 22–35.

Олех Г. Л. 2003. Искушение Зеленым Змием: поведение сибирских регионов на рынке алкогольной продукции. *Эко* 10: 77–91.

Петров Н. 2001. Как в капле водки: политика, финансы, регионализм. *Регионы России в 1999 г.: ежегодное приложение к «Политическому альманаху России»* / Ред. Н. Петров. М.: Гендальф (http://www.carnegie.ru/ru/pubs/books/volume/18790101np-11np.pdf).

Подлазов А. В. 2005. *Модернизации смертности в России. Алкоголь и реформы.* Тезисы доклада на конференции «Системный анализ и информационные технологии», 12–16 сентября 2005 г. (http://www.isa.ru/sait-2005/files/paperSAIT211.doc).

РБК. 2004. *Самые продаваемые лекарства в России в 2003 г.* 22.06.04 (http://rating.rbc.ru/articles/2004/06/22/619911_tbl.shtml?2004/06/22/619889).

РБК. 2007. *Самые продаваемые лекарства в России в 2006 году*. 11.05.2007 (http://rating.rbc.ru/article.shtml?2007/05/11/31473397).

Ревич Б. А. 2005. Роль окружающей среды как фактора смертности населения России. *Население и общество.* 227–228, 19–31 декабря (http://demoscope.ru/weekly/2005/0227/analit02.php).

Ревич Б. А., С. Л. Авалиани и Г. И. Тихонова. 2004. *Основы оценки воздействия загрязненной окружающей среды на здоровье населения*. М: Академия.

Ревич Б. А., Е. М. Аксель, Т. И. Ушакова, О. В. Сергеев, В. Ю. Зейлерт и Л. Б. Сергеева. 2002. Диоксины в окружающей среде г. Чапаевска и их влияние на здоровье населения. *Гигиена и санитария.* 1: 8–13.

Редько А. Н. и П. Б. Сахарова. 2006. Алкогольный фактор в проблеме преждевременной смертности населения. *Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерии потери здоровья населения* / Ред. В. И. Стародубов. М.: РИО ЦНИИОИЗ. С. 223–228.

Римашевская Н. М. 1999. «Русский крест». *Природа* 6: 3–10.

Росстат = Федральная служба государственной статистики. 2007*а*. Раздел «Население». *Общие коэффициенты естественного движения населения*. (http://www.gks.ru). Цит. 02.09.2007.

Росстат = Федральная служба государственной статистики. 2007*б*. *Регионы России. Социально-экономические показатели 2006*. М.: Росстат.

Росстат = Федральная служба государственной статистики. 2007*в*. Росстат. Распределение умерших по причинам смерти. *Информация о социально-экономическом положении России (краткий доклад). VII*. Демография (http://www.gks.ru/bgd/free/b07_00/Main.htm).

Росстат = Федральная служба государственной статистики. 2007*г*. *Браки и разводы* (http://www.gks.ru/free_doc/2007/b07_11/05-06.htm). Цит. 23.11.07.

Росстат = Федральная служба государственной статистики. 2007*д*. Число умерших. *Население. Динамические таблицы* (http://www.gks.ru). Цит. 28.11.07.

Рощина Я. М. и А. В. Бойков. 2005. *Факторы фертильности в современной России*. М.: EERC.

Сон И. М., М. Б. Тен и Т. В. Пронина. 2004. Особенности выявления и распространения туберкулеза среди различных социальных групп населения. *Медико-социальные проблемы социально обусловленных заболеваний* / Ред. В. И. Стародубов. М.: ЦНИИОЗ. С. 41–44.

Угланд Т. 2000. Государственная монополия на алкоголь. *Алкогольная политика в России и Норвегии.* М. – Осло: SIRUS.

Урланис Б. Ц. 1978. И снова: берегите мужчин. *Литературная газета* 7 января.

ФОМ = Фонд «Общественное мнение». 2004. *Год уходящий – год наступающий: итоги и ожидания.* 16.12.2004. (http://bd.fom.ru/report/map/d045011).

ФОМ = Фонд «Общественное мнение». 2006. *Проблемы регионов*. Интервью по месту жительства 1500 респондентов 15–15 июля 2006 г. (http://bd.fom.ru/report/map/tb062807).

Халтурина Д. А. и А. В. Коротаев. 2005. Российский демографический кризис Факторы, модели, пути преодоления. *История и синергетика. Математические моделирование социальной динамики* / Ред. С. Ю. Малков и А. В. Коротаев. М.: УРСС. С. 117–191.

Халтурина Д. А. и А. В. Коротаев. 2006. *Русский крест: факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России*. М.: УРСС.

Харченко В. И., Н. Г. Найденова, И. В. Буромский, М. В. Корякин, М. М. Вирин и В. М. Ундинцев. 2005*а*. Острая интоксикация этиловым спиртом, а не его суррогатами – основная причина смертельных

отравлений алкоголем в России. *Население и общество* 227–228 (http://demoscope.ru/weekly/2005/0227/analit04.php#_FNR_18).

Харченко В. И., Н. Г. Найденова, И. В. Буромский, М. В. Корякин, М. М. Вирин и В. М. Ундинцев. 2005*б*. Острая интоксикация этиловым спиртом, а не его суррогатами – основная причина смертельных отравлений алкоголем в России. *Наркология* 10: 50–59.

Шипицына. Л. М., Е. С. Иванов, А. Д. Виноградова, Н. Л. Коновалова и Л. Л. Крючкова. 1997. Развитие личности ребенка в условиях материнской депривации. СПб: ЛОГУ.

Школьников В. М. и В. В. Червяков (ред.). 2000. *Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период*. Москва: ПРООН.

Яблоков А. В. 2003. Состояние и охрана окружающей среды. *Большая российская энциклопедия*. М.: Российская энциклопедия.

d'Addio A. C. and M. M. d'Ercole. 2005. *Trends and Determinant of Fertility Rates in OECD Countries: the Role of Policies.* Paris: OECD (http://www.oecd.org/dataoecd/7/33/35304751.pdf).

Anderson P. 1995. Alcohol and Risk of Physical Harm. *Alcohol and Public Policy: Evidences and Issues* / Ed. by H. D. Holder and G. Edwards. Oxford: Oxford University Press. P. 82–113.

Anderson P. and B. Baumberg. 2006. Stakeholders' Views of Alcohol Policy. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 23: 393–414.

Andreasson S., P. Allbeck, and A. Rosmelsjö. 1988. Alcohol and Mortality among Young Men: Longitudinal Study of Swedish Conscripts. *British Medical Journal* 296: 1021–1025.

Averina M., O. Nilssen, V. L. Arkhiposky, and J. Brox. 2005. C-reactive protein and alcohol consumption: Is there a U-shaped association? Results from a population-based study in Russia. The Arkhangelsk study. *Atherosclerosis* 27: 309–315.

Babor T. F., R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht, K. Graham, G. W. Grube, P. J. Gruenewald, L. Hill, H. D. Holder, R. Homel, E. Österberg, J. Rehm, R. Room, and I. Rossow. 2003. *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.

Badurashvili I., M. McKee, G. Tsuradze, F. Mesle, J. Vallin, and V. M. Shkolnikov. 2001. Where are no Data: What Has Happened to Life Expectancy in Georgia since 1990? *Public Health* 115(6): 394–400.

Bloomfield K. *et al.* 1997. *Alcohol Consumption and Alcohol Problems among Women in European Countries*. Berlin: Institute for Medical Informatics, Biostatistics and Epidemiology, Free University.

Brainerd E. and D. Cutler. 2005. Autopsy of an Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union. *Journal of Economic Perspectives* 19(1): 107–130.

Brown A. S., S. F. Tapert, E. Granholm, D. C. Delis. 2000. Neurocognitive Functioning of Adolescents: Effects of Protracted Alcohol Use. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 24: 164–171.

Brunovskis A., and T. Ugland. 2003. Alcohol Consumption in the Baltic States. Oslo. *Fafo-paper* 4 (http://www.fafo.no/pub/rapp/702/702.pdf).

Bruun K., G. Edwards, M. Lumio, K. Mäkelä, L. Pan, R. E. Popham, R. Room, W. Schmidt, O.-J. Skog, P. Sulkunen, and E. Österberg. 1975. *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.

CIA = Central Intelligence Agency. 2007. *The World Factbook* (http://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/index.html).

Chou S. P., and S. P. Pickering. 1992. Early Onset of Drinking as a Risk Factor for Lifetime Alcohol-Related Problems. *British Journal of Addiction* 87(8): 1199–1204.

Davis C. 1997. *Economic Transition, Health Production and Medical System Effectiveness in the Former Soviet Union and Easter Europe*. Paper presented at the Project Meeting on Economic Shocks, Social Stress and the Demographic Impact, April 17–19, Helsinki.

Duffy S. W. and L. D. Sharples. 1992. Alcohol and Cancer Risk. *Alcohol and Illness* / Ed. by J. C. Duffy. Edinburgh: Edinburgh University Press. P. 1–18.

Harrison B. H. 1971. *Drink and the Victorians: the Temperance Question in England, 1815–1872*. Pittsburgh: Pittsburgh University Press.

Edwards G., P. Anderson, T.F. Babor, S. Casswell, R. Ferrence, N. Giesbrecht, C. Godfrey, H.D. Holder, P. Lemmens, K. Mäkelä, L.T. Midanik, and T. Norström. 1994. *Alcohol Policy and the Public Good.* Oxford: Oxford University Press.

Engberg J., and A. R. Morral. 2006. Reducing Substance Use Improves Adolescents' School Attendance. *Addiction* 101: 1741–1751.

English D. R., M. W. Knuiman, J. J. Kurinczuk, G. F. Lewin, G. A. Ryan, C. D. J. Holman, E. Milne, M. G. Winter, G. K. Hulse, J. P. Codde, C. I. Bower, B. Corti, and N. De Klerk. 1995. *Quantification of Drug Cause Morbidity and Mortality in Australia,* Canberra: Commonwealth Development of Human Services and Health.

EUROMONITOR. 2004*a*. *Alcoholic Drinks in Estonia.* Vilnus, London, Chicago: Euromonitor International.

EUROMONITOR. 2004*b*. *Alcoholic Drinks in Latvia.* Vilnus, London, Chicago: Euromonitor International.

EUROMONITOR. 2004*c*. *Alcoholic Drinks in Lithuania*. Vilnus, London, Chicago: Euromonitor International.

Evans C., J. Chalmer, S. Capewell, A. Redpath, A. Finlayson, J. Boyd, J. Pell, J. McMurray, K. Macintyre, and L. Graham. 2000. I Don't Like Mondays: Day of the Week Coronary Heart Disease Deaths in Scotland: Study of Routinely Collected Data. *Biomedical Journal* 7729: 218–219.

Gauthier A. H. 1996. *The State and the Family*. Oxford: Clarendon Press.

Gill J. S., A. V. Zezulka, M. J. Shipley, and D. G. Beevers. 1986. Stroke and Alcohol Consumption. *New England Journal of Medicine* 315: 1041–1046.

Godfrey C. and A. Maynard. 1995. The Economic Evaluation of Alcohol Policies. *Alcohol and Public Policy: Evidences and Issues* / Ed. by H. D. Holder and G. Edwards. Oxford, NY, Toronto, Tokyo: Oxford University Press. P. 238–260.

Grant B. F. and D. Dawson. 1997. Age of Onset of Alcohol Use and Its Association with DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence: Results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse* 9: 103–110.

Inglehart R., M. Basacez, J. Diez-Medrano, L. Halman, R. Luijkx (eds.). 2004. *Human Beliefs and Values. A Cross-Cultural Sourcebook Based on the 1999–2002 Values Surveys*. Mexico City: Siglo XXI. CD Included.

Jefferis B, C. Power, and O. Manor. 2003. Adolescent Drinking Level and Adult Binge Drinking in a National Birth Cohort. *Addiction* 100: 543–549.

Harrison B. H. 1971. *Drink and the Victorians: the Temperance Question in England, 1815–1872*. Pittsburgh: Pittsburgh University Press.

Holder H. D. and G. Edwards. 1995. *Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues*. Oxford: Oxford University Press.

Holder H. D. 2007. *Alcohol Monopolies and Public Health. Evidence from International Research.* Paper presented at the International Seminar on Alcohol Retail Monopolies. Stockholm, 27–29 August, 2007.

Kauhanen J., G. A. Kaplan, D. E. Goldberg, and J. T. Salonen. 1997. Beer Bingeing and Mortality: Results from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study, a Prospective population Based Study. *British Medical Journal* 7112: 846–851.

Klatsky A. 2004. Alcohol and Cardiovascular Health. *Integrative and Comparative Biology* 44(4): 324–329.

Kraus L., K. Bloomfield, and A. Reese. 1995. Prevalence of Alcohol Use and the Association between Onset of Use and Alcohol-Related Problems in a General Population Sample I Germany. *Addiction* 95(9): 1389–1401.

Ledermann S. 1956. *Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Données scientifiques de caractère physiologique, économique et social.* Paris: Presses universitaires de France (Institut national d'études démographiques, Travaux et Documents, 29).

Lemmens P. H. H. M. 1995. Individual Risk and Population Distribution of Alcohol Consumption. *Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues.* Oxford: Oxford University Press. P. 38–61.

Leon D. A., L. Chenet, V. M. Shkolnikov, S. Zakharov, J. Shapiro, G. Rakhmanova, S. Vassin, and M. McKee M. 1997. Huge Variation in Russian Federation Mortality Rates 1984–1994: Artefact, Alcohol or What? *Lancet* 350(9075): 383–388.

Leon D. A., L. Saburova, S. Tomkins, E. Andreev, N. Kiryanov, M. McKee, and V. M. Shkolnikov. 2007. Hazardous Alcohol Drinking and Premature Mortality in Russia: a Population Based Case Control-Study. *Lancet* 369: 2001–2009.

Lithuanian Department of Statistics. 2007. (http://www.stat.gov.lt/en/). Цит. 23.11.2007.

Maddison A. 2001. *Monitoring the World Economy: A Millennial Perspective.* Paris: OECD.

McKee M. and A. Britton. 1998. A Positive Relationship between Alcohol and Heart Deceases in Eastern Europe: Potential Physiological Mechanism. *Journal of the Royal Society of Medicine* 91: 402–407.

McKee M., S. Suzcs, A. Sarvary, R. Adany, N. Kiryanov, L. Saburova, S. Tomkins, E. Andreev, and D. Leon. 2005. The Composition of surrogate Alcohol Consumed in Russia. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 29: 1884–1888.

Mesle F., J. Vallin, and I. Badurashvili. 2006. Data Quality of Population and Vital Statistics in Caucasian Countries in the Post-Soviet Period. *Смертность в странах бывшего СССР. Пятнадцать лет после распада: что изменилось?* Т.2. Киев: Институт демографии и социальных исследований НАН.

Monti P. M., R. Miranda, K. Nixon, K. J. Sher, H. S. Swartzwelder, and S. F. Tapert. 2005. Adolescence: Booze, Brains and Behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 29: 207–220.

Murray R. P., J. E. Connett, S. L. Tyas, R. Bond, O. Ekuma, C. K Silversides, and G. E. Barnes. 2002. Alcohol Volume, Drinking Pattern, and Cardiovascular Disease Morbidity and Mortality: Is There a U-shaped Function? *American Journal of Epidemiology* 155(3): 242–248.

NEWSRU.COM. 2006. Треть россиян выступают за введение сухого закона. *NEWSRU.COM*, 22 июля 2006 г.

(http://www.newsru.com/arch/russia/22jul2006/alk.html).

Neyer G. and G. Andersson. 2004. Contemporary Research on European Fertility: Introduction. *Demographic Research.* Special Collection 1. Article 3 (http://www.demographic-research.org/special/3/1/S3-1.pdf).

Ólafsdóttir H. 2007. Trends in Alcohol Consumption and Alcohol-Related Harm in Iceland. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 24: 47–60.

Österberg E. 1995. Do Alcohol Prices Affect Consumption and Related Harm? *Alcohol and Public Policy: Evidences and Issues*. Ed. by H. D. Holder and G. Edwards. Oxford: Oxford University Press. P. 145–158.

PARPA = Polish Agency for Preventing Alcohol Problems. 2000. *The National Programme of Prevention and Resolving Alcohol-Related Problems. Goals and Action Plan for the Years 2000–2005* (http://www.parpa.pl/parpaeng/?action=box&id=2).

PARPA = Polish Agency for Preventing Alcohol Problems. 2002. *Diagnosing Alcohol-Related Problems in Poland* (http://www.parpa.pl/parpaeng/?action=box&id=8#sub01).

Raistrick D., R. Hodgson, and B. Ritson. (eds.). 1999. *Tackling Alcohol Together: the Evidence Base for UK Alcohol Policy*. London: Free Association Books.

Rehm N., R. Room, and G. Edwards. 2001. Алкоголь в Европейском регионе ВОЗ – потребление, вред и политика. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ.

Rehm J., R. Room, K. Graham, M. Monteiro, G. Gmel, and C. Sempos. 2003. The Relationship of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking to Burden of Disease. *Addiction* 98: 1209–1228.

Rehm J., Sempos C. T., and Trevisan, M. 2003. Average Volume of Alcohol Consumption, Patterns of Drinking and Risk of Coronary Heart Disease — a Review. *Journal of Cardiovascular Risk* 10: 15–20.

Romelsjö A. 1995. Alcohol Consumption and Unintentional Injury, Suicide, Violence, Work Performance and Intergenerational Effect. *Alcohol and Public Policy: Evidences and Issues.* H. D. Holder and G. Edwards eds. Oxford, NY, Toronto, Tokyo: Oxford University Press. P. 114–134.

Rossow I., P. Mäkelä, and E. Österberg. 2007. Explanations and Implications of Concurrent and Diverging Trends: Alcohol Consumption and Alcohol-Related Harm in the Nordic Countries in 1990–2005. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 24: 85–95.

Rossow I., K. Pernanen, and J. Rehm. 2001. Accidents, Suicides and Violence. *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption.* I. Klingemann, and G. Gmel eds. Dordreht: Kluwer Academic Publisher. Pp. 93–112.

Rossow I., A. Romelsjö. 2006. The Extent of the Prevention Paradox in Alcohol Problems as a Function of Population Drinking Patterns. *Addiction* Jan 101(1): 84–90.

Shapiro J. 1997. Russian Health Care Policy and Russian Health. *Russian Political Development.* London: Macmillan.

Skog O. J. 1985. The Collectivity of Drinking Cultures: A Theory of the distribution of Alcohol Consumption. *British Journal of Addiction* 80: 199–208.

Skog O. J. 1991. Alcohol and Suicide – Durkheim Revised. *Acta Sociologica* 34: 193–206.

Shkolnikov V., M. McKee, and D. A. Leon. 1999. Why is the Death Rate from Lung Cancer Falling in Russian Federation. *European Journal of Epidemiology* 15(3): 203–206.

Stahre M., T. Naimi, R. Brewer, and J. Holt. 2006. Measuring Average Alcohol Consumption: the Impact of Including Binge Drinks in Quantity–Frequency Calculations. *Addiction* 101: 1711–1718.

Stegmayr B., T. Vinogradova, S. Malyutina, M. Markku, Yu. Nikitin, and K. Asplund. 2000. Widening Gap of Stroke between East and West: Eight-Year Trends in Occurrence and Risk Factors in Russia and Sweden. *Stroke* January 2000: 2–8.

Stickley A., M. Leinsalu, E. Andreev, Yu. Razvodovsky, D. Vagero, and M. McKee. 2006. Alcohol Poisoning in Russia and the Countries in the European Part of the Former Soviet Union, 1970–2002. *The European Journal of Public Health* 17(5): 444–449.

Szymczak R. 2002. In Spiritus Sancti. *Warsaw Voice*, 13 październik.

UNDP (United Nations Development Program). 1995. *Human Development Report 1995*. NY, Oxford: Oxford University Press.

UNDP (United Nations Development Program). 2003. *Human Development Report 2003*. NY, Oxford: Oxford University Press.

UNICEF 2004. *Социальный мониторинг «Инноченти», 2004 г.* Florence: UNICEF Innocenti Research Centre (www.unicef-irc.org/publications/pdf/sm2004/sm2004russian.pdf).

UNICEF 2006. Социальный мониторинг «Инноченти», 2006 г. Флоренция: Детский фонд ООН (http://uniceficdc.it/publications/pdf/ism06overviewrus.pdf).

Uotila J. 2007. *Area Presentation: Nordic Countries.* Paper presented at the International Seminar on Alcohol Retail Monopolies. Stockholm, 27–29 August, 2007.

WHO (World Health Organization). 2002. *The Tobacco Atlas*. Geneva: World Health Organization.

WHO (World Health Organization). 2004*a*. *Global Status Report: Alcohol Policy*. Geneva: World Health Organization.

WHO (World Health Organization). 2004*b*. *Global Status Report on Alcohol*. Geneva: World Health Organization.

WHO (World Health Organization). 2007. *Global Alcohol Database* (http://www.who.int/globalatlas/default.asp). Цит. 27.11.2007.

World Bank. 1999. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington, DC: World Bank.

World Bank. 2007. *World Development Indicators.* Washington, DC: World Bank.

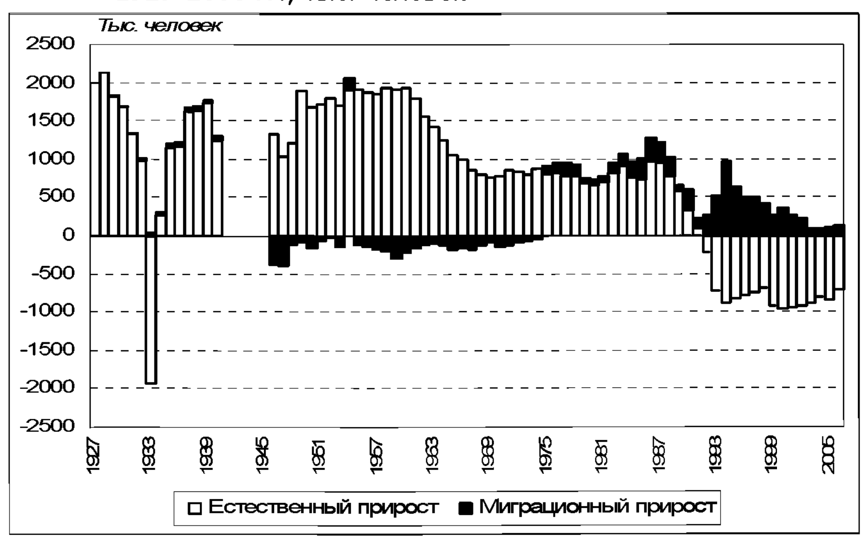
World Values. 2001. (http://www.worldvaluesurvey.org).

Россия
перед демографическим выбором

А. Г. Вишневский

Начиная с первой половины 90-х годов, население России сокращается, при этом все основные демографические процессы – рождаемость, смертность и миграция – развиваются в крайне неблагоприятном режиме. Но все-таки, я думаю, что те слова, которые часто, может быть, слишком часто, произносятся: «демографический кризис», «демографическая катастрофа», – не вполне адекватно отражают демографическую ситуацию в целом, потому что, хотя она, как я уже сказал, крайне неблагоприятна, в ее формировании участвуют эволюционные компоненты, которые нельзя упрощенно трактовать как чисто негативные, а тем более выводить их из особенностей российской экономической и социальной ситуации. Они свойственны всем развитым странам, и всегда видеть в них проявление кризиса только потому, что события развиваются не так, как нам хотелось бы, было бы неправильно. В то же время есть, конечно, такие компоненты нашей ситуации, которые иначе как кризисом или катастрофой не назовешь.

Рис. 1. Компоненты прироста населения России, 1927-2006 гг., тыс. человек



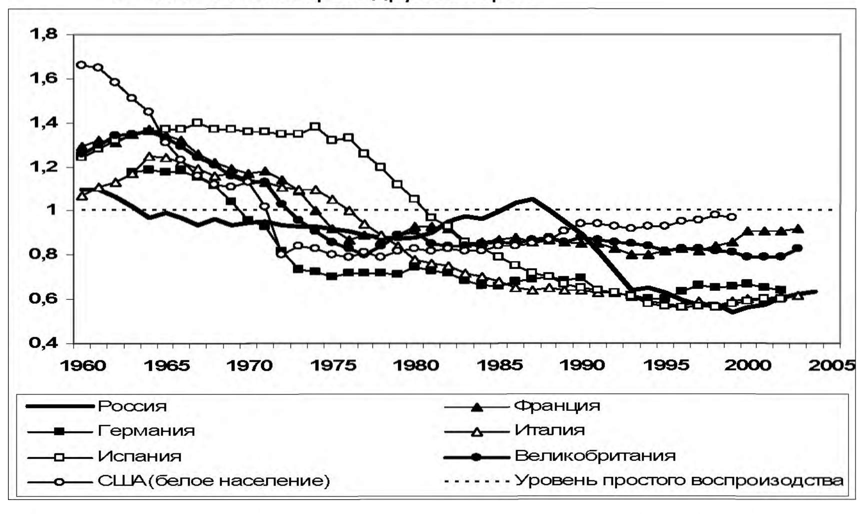
На Рис. 1 представлены компоненты роста населения России на протяжении длительного времени, начиная с 1927 г., после того, как была проведена первая послереволюционная перепись населения 1926 года.

Рост населения России долгое время поддерживался либо исключительно, либо в основном, за счет естественного прироста, но с начала 90-х годов естественный прирост стал отрицательным, и из-за этого и начала сокращаться численность населения страны. Миграция лишь частично компенсировала естественную убыль, особенно в первые годы после распада СССР. А сейчас регистрируемая, легальная миграция почти ничего не компенсирует, и поэтому население сокращается. Правда, за границей известного остается объем нелегальной миграции. Точно ее размеров никто не знает, думаю, в большинстве случае они сильно преувеличиваются, но, тем не менее, ни сам факт ее существования, ни ее весьма внушительные размеры отрицать нельзя.

Но главная проблема – это всё-таки это естественная убыль населения. Она зависит от уровней рождаемости и смертности.

Рождаемость у нас сегодня очень далека от того, чтобы она могла поддерживать хотя бы неизменную численность населения.

Рис. 2. Нетто-коэффициент воспроизводства населения России и некоторых других стран

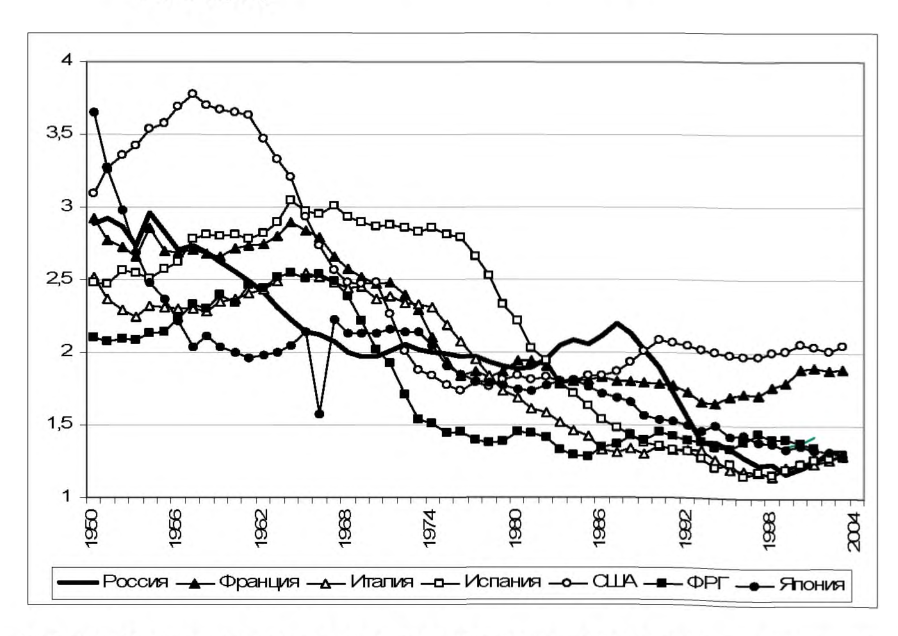


На Рис. 2 приведен нетто-коэффициент воспроизводства населения России и некоторых других стран. Мы видим, что везде он опустился ниже единицы, это признак того, что население перестает себя воспроизводить. Обратите внимание, что у нас это про-

изошло еще в середине 60-х годов, раньше, чем в большинстве других стран. Поэтому не приходится удивляться, что мы и сейчас находимся в худшем демографическом положении, хотя позднее снижение показателя ниже единицы произошло практически во всех развитых странах. Вы видите здесь некоторые из них. Только в США нетто-коэффициент воспроизводства находится где-то на уровне выше двух, но для всего населения страны, а на нашем графике приведен показатель для белого населения, он примерно такой же, как в некоторых европейских странах, таких как Франция или Великобритания.

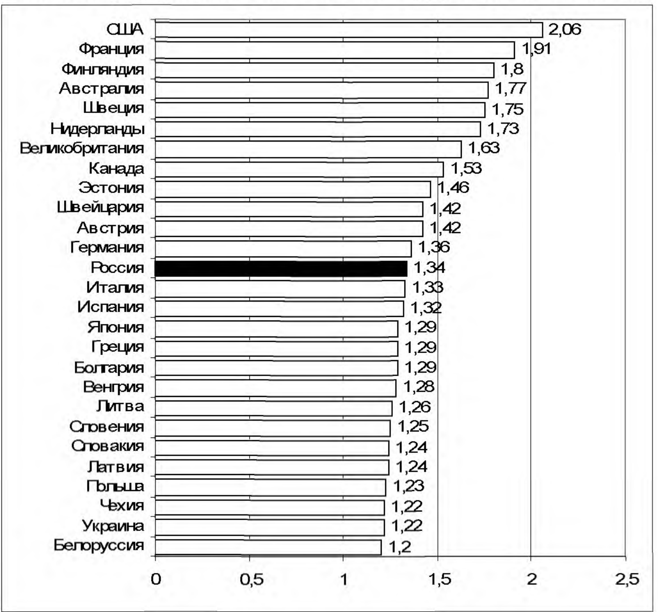
То же и с показателем суммарной рождаемости, который в России снижался на протяжении всего послевоенного периода с небольшим всплеском – как раз в период антиалкогольной компании – на графике (Рис. 3) виден подъем показателя в тот период. Но этот всплеск был крайне небольшим и недолгим, потом рождаемость в России рухнула.

Рис. 3. Коэффициент суммарной рождаемости в России и некоторых других странах, 1960-2004, детей на 1 женщину



Сейчас Россия не выпадает из общего ряда развитых стран по уровню рождаемости (Рис. 4), занимает примерно среднее место в общеевропейском списке, но этот уровень очень низкий, он не позволяет поддерживать неизменную численность населения.

Рис. 4. Коэффициент суммарной рождаемости в странах с низкой рождаемостью в 2004 г., детей на 1 женщину



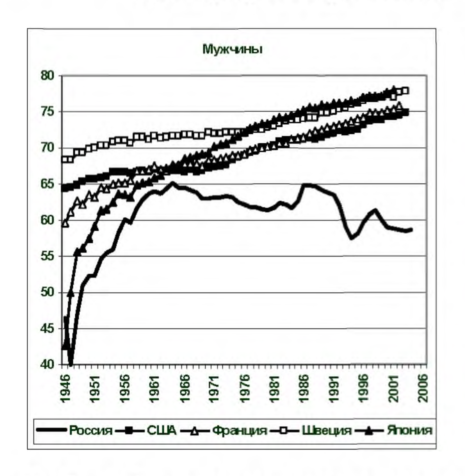
Таким образом, сейчас, когда у нас говорят о том, что необходимо мерами демографической политики выправить положение, то когда речь идет о рождаемости, на которую, в основном, направлены все усилия, необходимо иметь в виду, что здесь мы имеем дело с очень сложной задачей, которую никому пока решить не удалось. Все европейские страны озабочены низкой рождаемостью, все они предпринимают те или иные усилия, многие из них затрачивают на это очень большие средства, большие чем мы, но желаемого эффекта не удалось или почти не удалось достичь никому. Хотя есть и случаи успеха. Например, Франция в последние годы демонстрирует рост рождаемости, коэффициент суммарной рождаемости здесь уже приблизился к двум.

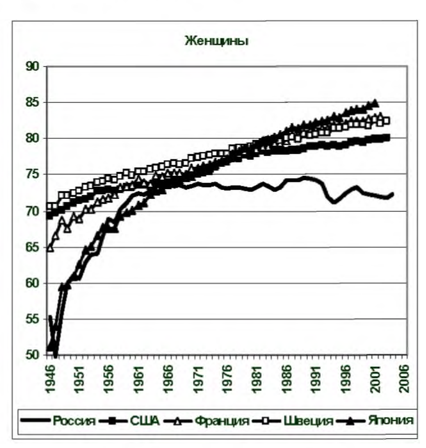
Я думаю – хотя в подобных случаях невозможны строгие доказательства, – что можно этот успех в какой-то мере приписать эффективности французской демографической политики, которая проводится уже не менее 60 лет. За эти 60 лет во Франции были отработаны различные методы, подходы, способы воздействия на общественное мнение, на поведение людей и, возможно, они сейчас дают плоды. Но это, скорее, исключение, чем правило. И то, что у нас происходит, как бы мы ни относились к тем мерам, которые сейчас вводятся, в том числе с первого января нынешнего года, можно только приветствовать. Но я думаю, что все понимают:

здесь кавалерийский наскок ничего дать не может. Если удастся сохранить атмосферу такого внимания и поддержки рождаемости и влияния на рождаемость на несколько десятилетий, тогда может быть найдено серьезное решение. Пока об этом говорить рано.

Второе слагаемое естественного прироста – смертность, и здесь ситуация прямо противоположна той, о которой мы только что говорили. Россия здесь явно выпадает из общего ряда. Но, парадоксальным образом, именно поэтому, с точки зрения возможного эффективного воздействия, здесь больше надежд на то, что можно добиться изменений, чем в случае с рождаемостью. Потому что существенно изменить тенденции низкой рождаемости никто не смог. А добиться снижения смертности смогли все или почти все, кроме нас.

Рис. 5. Ожидаемая продолжительность жизни в России, США, Франции, Швеции и Японии в 1946-2006 гг.





На Рис. 5 видно как нарастало отставание России от других стран. В первое послевоенное десятилетие, в значительной степени благодаря внедрению антибиотиков был достигнут большой успех в снижении смертности, особенно детской, и отставание России от других стран существенно снизилось, хотя и не исчезло.

Об этом полезно напомнить, ибо в то время руководство страны объявило, что у нас самая низкая смертность. Это доказывалось ссылками на общий коэффициент смертности, который у нас и в самом деле был ниже, чем во Франции или Англии. Но это было следствием более молодой возрастной структуры, а не более низкой смертности, ожидаемая продолжительность жизни у нас была ниже, чем в этих странах. Если бы мы взяли в то время какую-нибудь еще более «молодую» страну, например, Аргентину, то

общий коэффициент смертности там оказался бы еще ниже, чем у нас, но и продолжительность жизни у них была бы ниже.

Так что звучавшие в 50-е годы с высоких трибун утверждения о том, что мы обогнали европейские страны по снижению смертности, были неправдой, и эта неправда только демобилизовывала нашу систему здравоохранения. В итоге, с середины 60-х годов, когда в развитых странах начался новый этап эпидемиологического перехода и на первое место вышли такие факторы снижения смертности, которые больше связаны с индивидуальным поведением людей, чем с усилиями государства, которое обеспечивало массовую вакцинацию или улучшение санитарного состояния населенных пунктов среды, наше отставание стало быстро нарастать. Помимо всего прочего, новый этап борьбы со смертью требовал и больших затрат, которые в Советском Союзе росли очень медленно. Поэтому и возник нынешний огромный разрыв – до 15 лет отставания по продолжительности жизни от некоторых развитых стран.

Если эта ситуация в той или иной степени сохранится и даже, если она будет улучшаться, естественный прирост населения России еще долгое время будет оставаться отрицательным. Главная причина этого – всё-таки низкая рождаемость, а очень большой рост ее в ближайшее время маловероятен. Имеются демографические прогнозы, в которых рассматриваются разные варианты эволюции рождаемости и смертности, в том числе и достаточно оптимистические. Но даже если реализуются самые оптимистические предположения, естественная убыль населения России будет сохраняться еще длительное время. Компенсировать эту убыль, для того чтобы население России перестало убывать, а тем более, чтобы оно начало расти, как предполагается, в частности, в официальной Концепции демографического развития России, можно только за счет миграции.

Теоретически миграционный ресурс, конечно, может быть использован, но пока – только теоретически, потому что практически прием крупных, а речь идет именно о крупных массах иммигрантов, сейчас в России мало реален. Здесь есть много препятствий – и не потому что в мире нет людей, желающих приехать в Россию, а потому что условия их приема, возможности интеграции, адаптации и т.д. очень непросты.

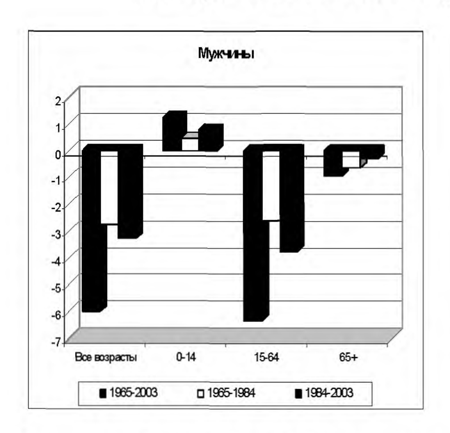
Конечно, все равно, иммиграции нам не избежать, но чтобы снизить потребность в ней, надо действовать и на других направлениях. В частности, должна быть усилена та линия демографической политики, которая может вести к снижению смертности, потому что от нее сильно зависят масштабы естественной убыли. И в то же время, как я уже сказал, судя по опыту многих стран, добиться успехов на этом направлении вполне реально.

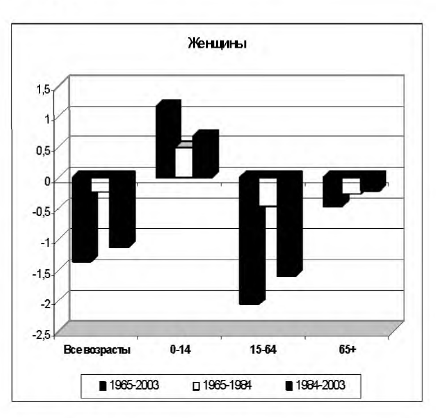
Главная особенность нашей смертности заключается, прежде всего, в высокой смертность взрослого населения. Это надо иметь в виду, потому что, главная проблема смертности в большинстве

стран мира, как когда-то было и у нас, – это детская смертность. И продолжительность жизни в очень большой мере зависит от детской смертности. Но у нас сейчас с детской смертностью дела обстоят относительно благополучно, она снижается и уже намного ниже, чем была некоторое время тому назад, намного ниже, чем была в советское время: в 70-е годы она вообще застыла на высокой отметке, а сейчас она неуклонно снижается. Зато смертность взрослого населения, особенно мужского, очень высока.

На Рис. 6 приведены данные о вкладе крупных возрастных групп в прирост или убыль продолжительности жизни населения России за период с 1965 по 2003 годы, который еще разделен на два подпериода.

Рис. 6. Вклад отдельных возрастных групп в изменение ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин в 1965-2003 гг., в годах





Решающий вклад в общее снижение вносят средние возраста – от 15 до 64 лет, тогда как изменения детской смертности, напротив, противодействуют снижению: столбики на графике идут вверх, за счет этой возрастной группы продолжительность жизни увеличивается и у мужчин и у женщин. За счет пожилых она снижается, но не очень сильно.

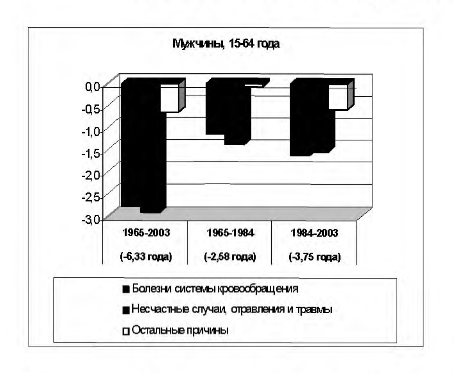
Второе объясняющее обстоятельство – это то, за счет каких причин смерти происходит снижение продолжительности жизни и рост смертности.

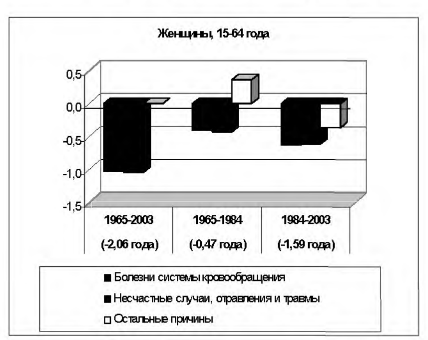
На Рис. 7 показаны три укрупненные группы причин смерти для мужчин и женщин, в данном случае – только для возрастов от 15 до 64 лет, которые дают самый большое снижение продолжительности жизни.

Самое поразительное – это то, что в указанном возрастном интервале так называемые внешние причины – т.е. не болезни, а причины, от которых могут погибнуть совершенно здоровые люди:

несчастные случаи, отравления, травмы, убийства, самоубийства и т.д. – конкурируют с сердечно-сосудистыми заболеваниями, явно преобладающей причиной смерти, если рассматривать население всех возрастов.

Рис. 7. Вклад отдельных причин смерти в изменение ожидаемой продолжительности жизни мужчин и женщин в возрасте 15-64 года, в годах (в скобках – общее снижение продолжительности жизни за период)





А все остальные причины вместе взятые вносят значительно меньший вклад в снижение продолжительности жизни, иногда даже противодействуют ему.

Отсюда следует, что если бы нам удалось добиться успехов в снижении смертности от внешних причин и от сердечно-сосудистых заболеваний, то это очень резко изменило бы сразу всю картину. Я не могу сказать, что мы немедленно догнали бы другие страны, но очень серьезные позитивные изменения произошли бы.

Но высокая смертность от двух указанных групп причин смерти, в свою очередь, нуждается в объяснении, и тут, зная несколько нашу ситуацию, нельзя не заподозрить губительную роль алкоголя. На Рис. 8 приведена оценка алкогольно-зависимых причин смерти. Я использовал оценки А. В. Немцова, который рассчитал вклад алкоголя в смертность от каждой причины, но он, наверное, будет говорить об этом сам подробнее, я просто построил графики, показывающие, как росла с 1965 года алкогольно-зависимая смертность от некоторых причин смерти.

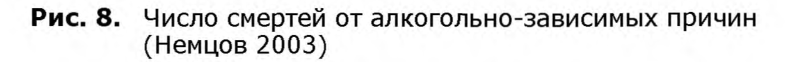


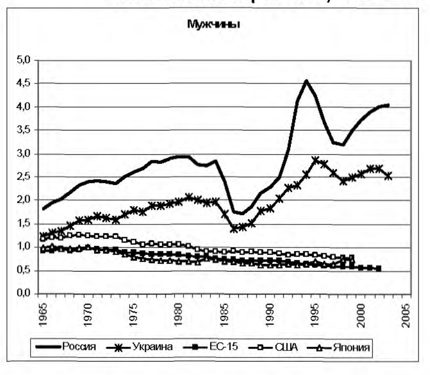
Рис. 8. Число смертей от алкогольно-зависимых причин (Немцов 2003)

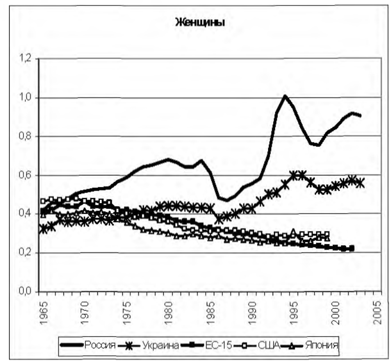
Получается, что если просуммировать нанесенные на график кривые по группам причин смерти, то они почти исчерпают всю алкогольно зависимую смертность от всех причин вместе взятых.

Посмотрим, что происходило со смертностью от двух главными групп причин – виновников алкогольно зависимой смертности.

На Рис. 9 представлен стандартизованный коэффициент смертности мужчин и женщин от внешних причин в сравнении с другими странами, причем к западным странам и Японии добавлена еще Украина, близкая к России по многим параметрам. Но даже и там ситуация со смертностью лучше, что, кстати, было и в советское время. На графике видно, как высоко проходит российская кривая по сравнению с соответствующими кривыми для США, Японии или Европейского Союза. Разница колоссальная и тенденции противоположные. Это сравнение еще раз убеждает, что если не остановить рост смертности от внешних причин, в ответственности за который мы вправе подозревать, в первую очередь, алкоголь, то ни на никакой успех мы рассчитывать не можем.

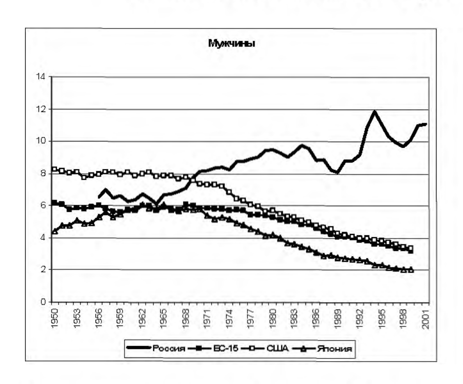
Рис. 9. Стандартизованный коэффициент смертности от внешних причин, на 1000

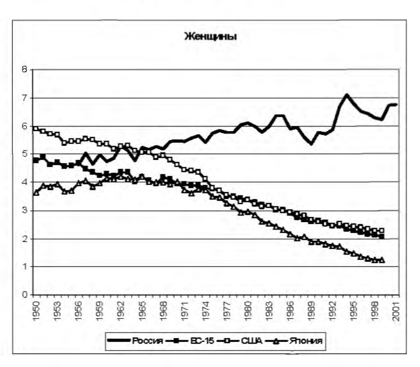




Примерно то же наблюдается и с сердечно-сосудистыми заболеваниями, картинка очень похожа (Рис. 10):

Рис. 10. Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения, на 1000





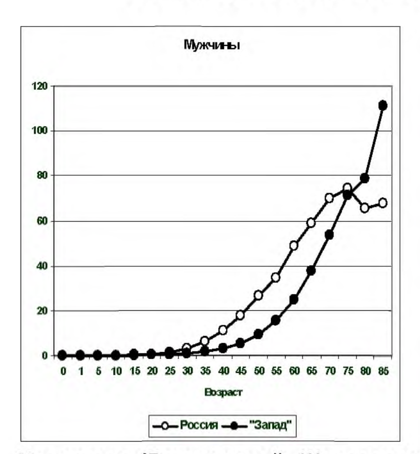
Стандартизованный коэффициент не позволяет увидеть возрастных особенностей смертности, но в данном случае они очень важны. Наша проблема в значительной степени определяется тем, что смертность от этих двух ключевых групп причин смерти – очень ранняя.

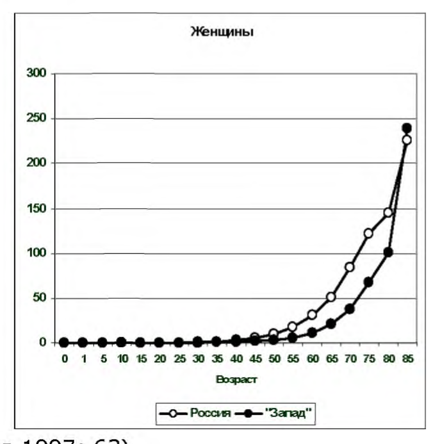
Это видно на графиках, на которых представлено возрастное распределение смертей от соответствующей причины (Рис. 11 и 12). Графики построены на основе данных В. М. Школьникова, они относятся к 1992 г. но качественно картина с тех пор не изменилась.

Если говорить о сердечно-сосудистых заболеваниях, то у нас в возрасте 45 лет умирает столько людей – из каждой тысячи уми-

рающих от этой причины, сколько в западных странах в возрасте 60 лет. У них, стало быть, эта смертность сдвинута к пожилым возрастам, а у нас слишком часто поражает людей в самом расцвете лет. И объясняется это очень часто теми самыми ударными дозами алкоголя, свойственными северному «северному типу» его потребления, о которых уже здесь говорилось.

Рис. 11. Распределение табличных чисел умерших d_x от болезней системы кровообращения по возрасту. Россия (1992) и Запад (1990)

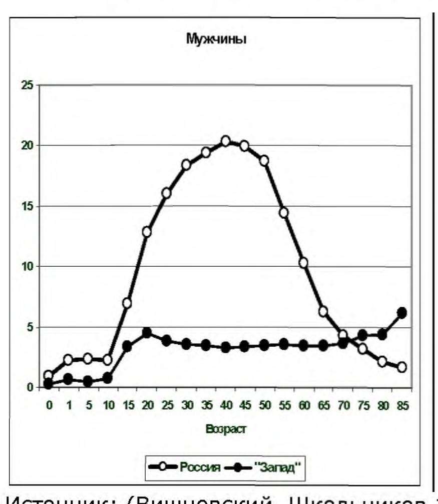


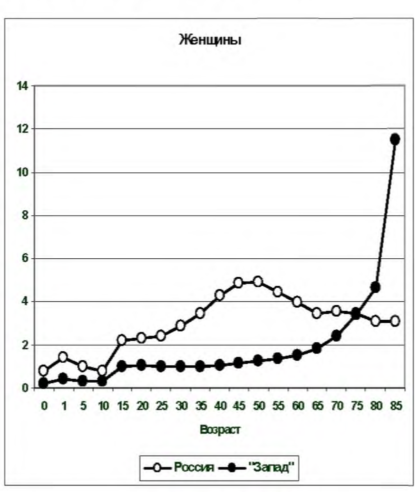


Источник: (Вишневский, Школьников 1997: 63).

Но еще более, я бы сказал, страшная картина – это распределение смертей от внешних причин. Вы видите, как отличается это распределение в России, особенно у мужчин (Рис. 12). Там, где на «Западе» кривая стелется где-то на уровне ниже пяти процентов смертей от внешних причин для каждой пятилетней группы, у нас эта кривая взбухает в 40 лет в разы, чуть не на порядок повышается смертность от этих причин. И все это в той или иной мере связано с алкоголем – это, конечно, и прямые отравления алкоголем, за которым чаще всего стоит просто передозировка этанола, но это и дорожно-транспортные происшествия, и самоубийства, и производственные травмы. Все это, я думаю, в общем, человеку, живущему в России, понятно, но статистика говорит больше, чем наши личные наблюдения.

Рис. 12. Распределение табличных чисел умерших d_x от внешних причин по возрасту. Россия (1992) и Запад (1990)





Источник: (Вишневский, Школьников 1997: 64).

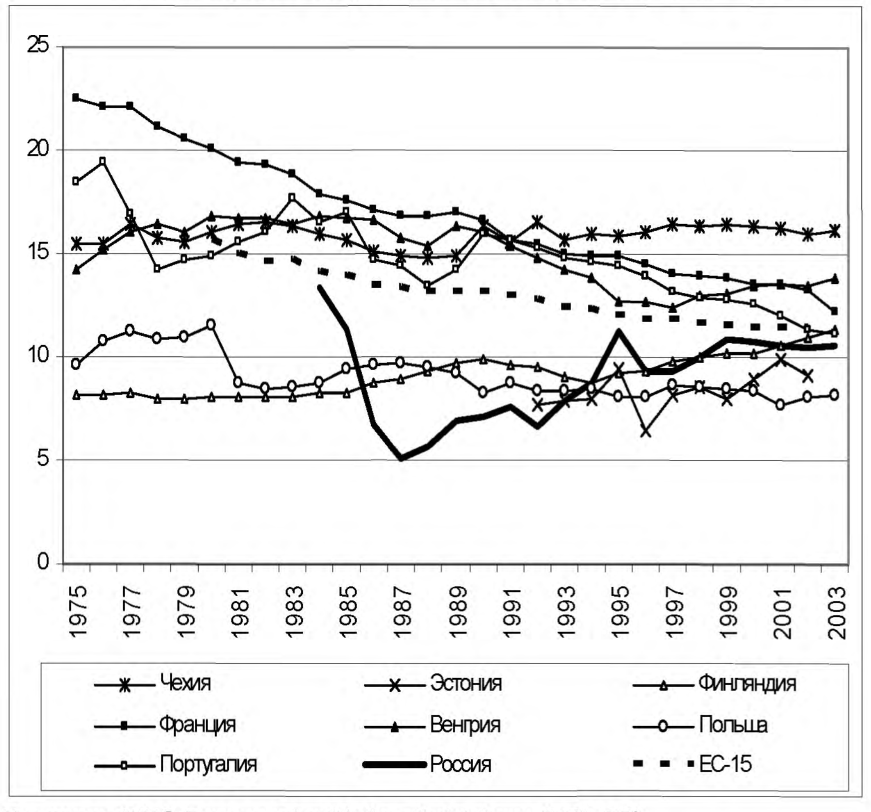
Впрочем, есть люди, которым все эти доводы кажутся неубедительными и они довольно активно, чтобы не сказать агрессивно, настаивают на том, что пагубная роль алкоголя не так уже велика. Демография вообще испытывает сейчас сильное давление со стороны околонаучного шарлатанства, в этот шарлатанский хор вливаются и голоса тех, кто выступает против «мифа об алкоголизации» (Сулашкин 2006: 17): «утверждение о ведущей роли злоупотребления алкоголем в эпидемии российской сверхсмертности является мифом, внедряемым по незнанию или с умыслом» (Гундаров 2001: 23).[1] При этом ссылаются, в частности, на то, что потребление алкоголя у нас не выше, чем в других странах.

Оценки потребления алкоголя – дело непростое, тут есть разночтения, и мы действительно не всегда точно знаем, как правильно оценить потребление алкоголя в России, как, впрочем, и в других странах. Статистика производства и потребления спиртных напитков несовершенна, есть много «серого» алкоголя, который не попадает в учет и т.д. Так что не удивительно, что в оценках потребления алкоголя есть разногласия. Некоторые авторы полагают, что Россия выделяется очень высоким уровнем душевого потребления алкоголя, по мнению других, есть немало стран, которые по душевому потреблению в пересчете на чистый алкоголь

[1] Вывод о «незначительности» влияния алкоголя на смертность от болезней системы кровообращения подтверждается в этой работе ссылкой на одну кандидатскую диссертацию.

имеют примерно такой же уровень, что и Россия. Такие оценки дают, например, эксперты Всемирной организации здравоохранения (Рис. 13).

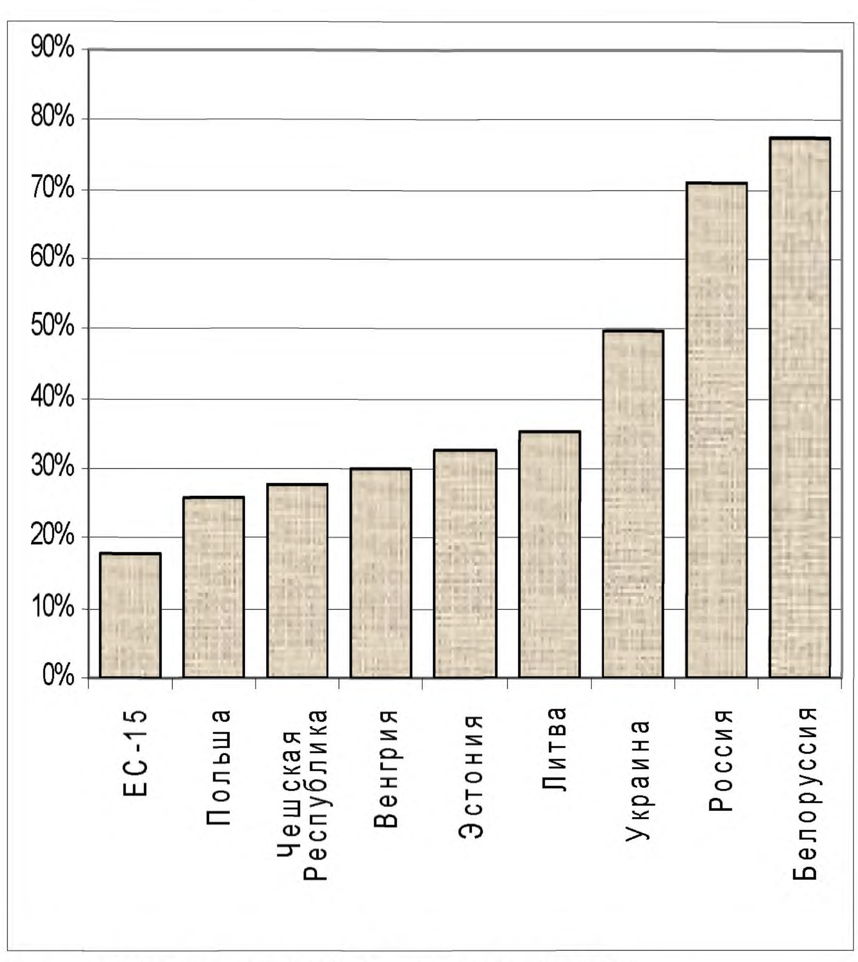
Рис. 13. Душевое потребление чистого алкоголя в возрасте 15 лет и старше в литрах чистого спирта по оценке ВОЗ



Источник: WHO European health for all database (HFA-DB).

В последнее время нам и некоторым нашим коллегам (Коротаев, Малков, Халтурина 2005; Халтурина, Коротаев 2006; Коротаев, Комарова, Халтурина 2007) удалось пробудить интерес к проблеме структуры алкогольного потребления. На Рис. 14 представлены данные о доле крепких спиртных напитков в алкогольном потреблении, и видно, насколько различается эта доля по странам, как по-разному потребление крепких спиртных напитков сочетается с потреблением вина и пива – напитков, тоже не безобидных, но не несущих столь непосредственной смертельной угрозы.

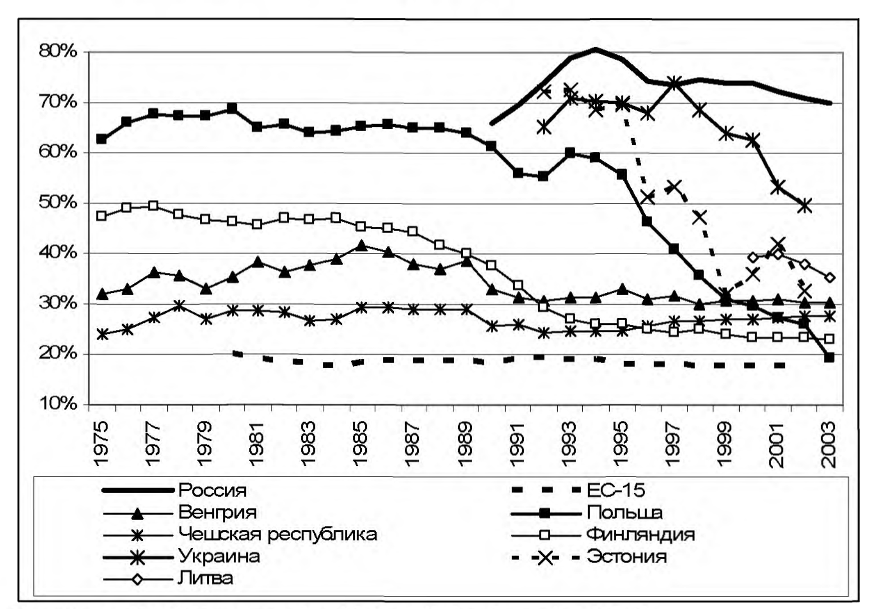
Рис. 14. Доля крепких спиртных напитков в общем потреблении алкоголя в некоторых странах в 2002 году по оценке ВОЗ



Источник: WHO European health for all database (HFA-DB).

Опыт многих стран, в том числе и наших близких соседей, показывает, что в последнее время у них наблюдается явная тенденция к изменению структуры алкогольного потребления (Рис. 15):

Рис. 15. Доля крепких спиртных напитков в общем потреблении алкоголя в некоторых странах в 1975-2003 годах по оценке ВОЗ



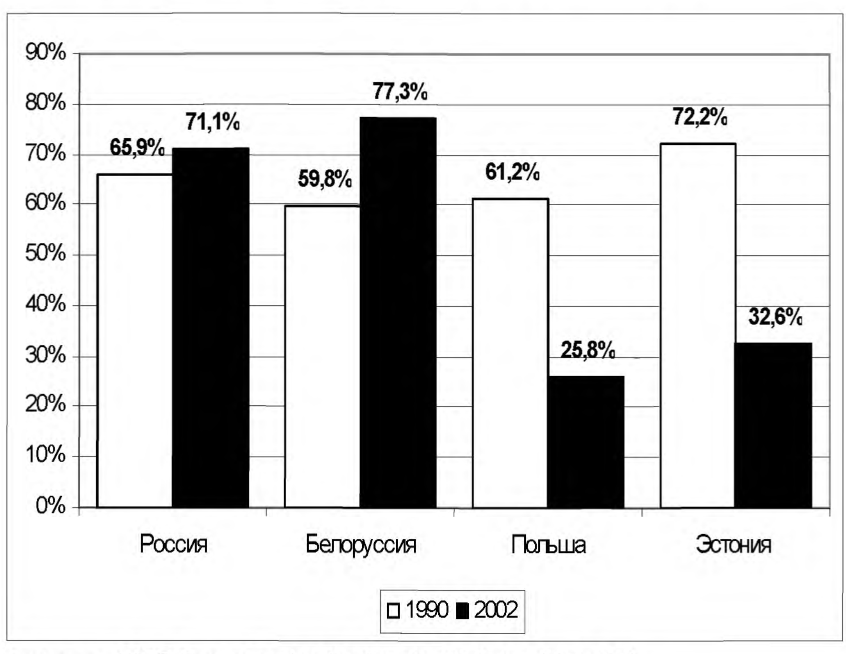
Источник: WHO European health for all database (HFA-DB).

На графике кривая для России гордо реет на самом верхнем уровне и никуда не собирается спускаться, в то время как кривые для Украины, Эстонии, Польши, Литвы, несколько раньше – Финляндии уверенно идут вниз. Структура алкогольного потребления в Польше или Эстонии изменилась буквально на глазах – доля крепких спиртных напитков резко снизилась. То же произошло и в Финляндии, хотя там и раньше эта доля была не столь высока. Но все же прежде она была заметно выше, чем в среднем по Европейскому Союзу – там этот показатель давно держится где-то на уровне 20%, – а теперь они заметно сблизились.

Не здесь ли находится ключ к пониманию и изменению нашей прискорбной ситуации? Сейчас нет достаточных оснований, чтобы дать категорически утвердительный ответ, здесь нужно еще много изучать, а может быть и экспериментировать. Но на ключевую роль именно структуры алкогольного потребления указывает очень многое.

Приводимые ниже графики (Рис. 16 и 17) – это, конечно, не доказательство непременной связи между структурой алкогольного потребления и уровнем смертности, но все же довольно убедительная иллюстрация того, что такая связь существует.

Рис. 16. Доля крепких спиртных напитков в общем потреблении алкоголя в России, Белоруссии, Польше и Эстонии в 1990 и 2002 годах по оценке ВОЗ

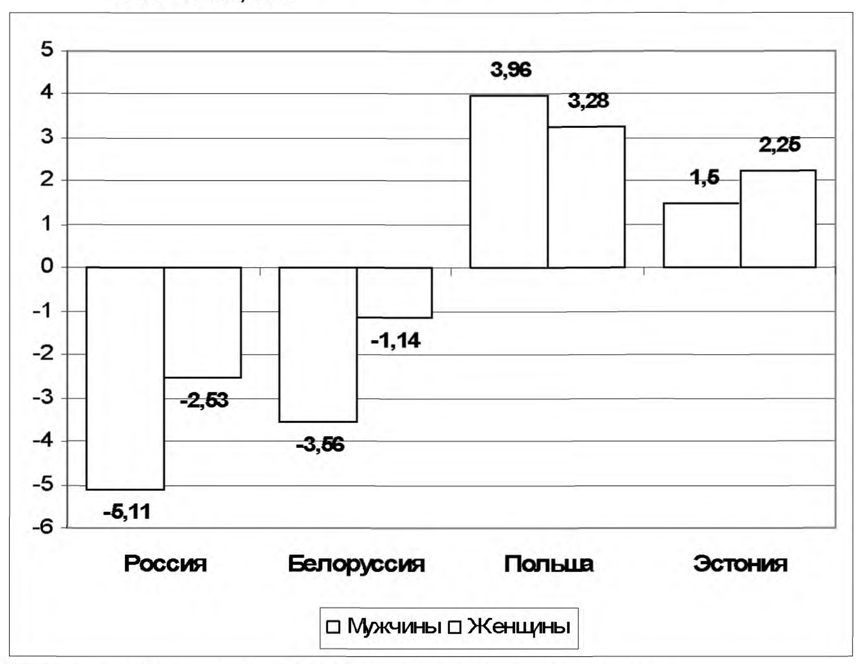


Источник: WHO European health for all database (HFA-DB).

На графиках представлены четыре страны – Россия, Белоруссия, Польша и Эстония. Между 1990 и 2002 годами доля потребления крепких спиртных напитков в Польше снизилась – с 61 до 26%, в Эстонии – с 72 до 33. В России же она, напротив, выросла с 66 до 71%, в Белоруссии – с 60 до 77% (Рис. 16). Нам же в это время случалось в той или иной форме, под теми или иными знаменами бороться с пивом, бороться с вином, но мы никогда не боролись с крепкими спиртными напитками, читай, с водкой, скорее расчищали ей дорогу.

А теперь посмотрим, что же происходило в это время в указанных четырех странах с продолжительностью жизни.

Рис. 17. Изменения ожидаемой продолжительность жизни за 1990-2003 гг. в России, Белоруссии, Польше и Эстонии, лет



Источник: WHO European health for all database (HFA-DB).

В Польше между 1990 и 2002 годом она выросла у мужчин почти на 4 года, в Эстонии на полтора года, в любом случае столбики для мужчин и для женщин на графике идут вверх. А вот в России и Белоруссии они, увы, продолжают идти вниз, и в России продолжительность жизни мужчин сократилась на пять лет. Повторю, я не утверждаю, что эта иллюстрация может рассматриваться как стопроцентное доказательство того, что всё объясняется алкоголем, в том числе и структурой алкогольного потребления. Она дает основания для формулирования определенных предположений, но чтобы подтвердить их (а, может быть, и опровергнуть), нужны серьезные исследования.

Но в России с её репутацией довольно-таки пьющей страны, обремененной тяжелыми последствиями пьянства, вести подобные исследования некому. Нет ни одного, даже самого маленького исследовательского центра, который занимался бы комплексным изучением проблем алкоголя, алкоголизации, алкоголизма. Я имею в виду социальные проблемы; безусловно, есть медики, и то разбросанные по разным центрам, которые изучают – медицин-

ские, биологические аспекты алкоголизма, но социальных проблем, социальных корней пьянства, без понимания которых невозможна эффективная алкогольная политика, не изучает никто. Есть отдельные одинокие энтузиасты, слава им, но хочется спросить: а где же пребывают те люди, которым по должности положено заниматься проблемами здоровья нации – а в данном случае речь идет и о физическом, и о духовном здоровье? Неужели им не приходит в голову, что пора озаботиться серьезным изучением губящего Россию феномена алкоголизма?

Казалось бы, нельзя допустить, – но это допускается уже не одно десятилетие, – чтобы алкоголизм, злоупотребление алкоголем, вообще вся эта тематика не привлекали к себе необходимого внимания власти, – за исключением некоторых периодов, которые как раз и показали, чего стоит внимание, не основанное на знании. Вместо систематической борьбы, не утихающей, но не истерической, которая должна постепенно, но уверенно менять алкогольную ситуацию в стране, время от времени возникают всякого рода радикальные призывы к каким-то немедленным решениям, которые иногда и пытаются воплотить в жизнь. Мы видели это на примере антиалкогольной компании второй половины 80-х годов, и надо сказать, что, несмотря на все издержки и итоговое фиаско, она сыграла роль полезного эксперимента. Она показала, как много зависит от потребления алкоголя, в том числе и в смертности, которая с началом кампании стала снижаться буквально на глазах. Но она же продемонстрировала, что непродуманные, импульсивные действия не могут быть долговременно эффективными, надежными, нужны тщательно спроектированные, системные меры, которые включают в себя всё: и ценовую политику, и пропаганду, и какие-то разумные запреты – все это как раз и должно обсуждаться.

Завершая, хочу сказать, что, конечно, все российские демографические проблемы, не сводятся только к пьянству. Но оно – очень важный тормоз на пути решения этих проблем – и речь идет не только о смертности, о которой я в основном говорил, но и о здоровье, о рождаемости, о семье. Если бы нам удалось обезвредить этот тормоз, положительный демографический эффект был бы очень большим.

Сейчас наше правительство собирается вложить сотни миллиардов рублей в программу повышения рождаемости, о которой пока нельзя с уверенностью сказать, что она будет эффективной. Я, конечно, не против этих миллиардов, но все-таки хочется сказать: отслюните малую толику на обоснование продуманной алкогольной политики. Без этого не будет успеха и программы рождаемости. Ведь алкоголизм – это спившиеся мужья, это разрушенные семьи, это дети-сироты. Да и мужская сверхсмертность, как мы видели, очень часто алкогольно обусловленная – это тоже дети-сироты, распавшиеся браки и т.д. Злоупотребление алкоголем, ставшее привычным бытовым фактом, отравляет всю социальную

и демографическую атмосферу в России. Поэтому нужно найти способы приступить к активной борьбе с ним – но только не в виде одноразовой *PR*-акции, привязанной к электоральному циклу, что так нам свойственно. Нужно чтобы общество полностью осознало эту беду и нашло в себе силы для упорного, долговременного противостояния ей.

Библиография

Вишневский А. Г. и В. М. Школьников. 1997. *Смертность в России: Главные группы риска и приоритеты действий*. М.: Московский Центр Карнеги.

Гундаров И. А. 2001. *Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоление.* М.: УРСС.

Коротаев А. В., Н. Л. Комарова и Д. А. Халтурина. 2007. *Законы истории. Вековые циклы и тысячелетние тренды. Демография, экономика, войны*. М.: КомКнига/УРСС.

Коротаев А. В., А. С. Малков и Д. А. Халтурина. 2005. *Законы истории. Математическое моделирование исторических макропроцессов: демография, экономика, войны.* М.: КомКнига/УРСС.

Немцов А. В. 2003а. Алкогольная смертность в России. *Население и общество* 78: 1–4. Доступ:

http://www. demoscope.ru/acrobat/ps78.pdf.

Сулакшин С. С. 2006. *Российский демографический кризис: от диагностики к преодолению*. М.: Научный эксперт.

Халтурина Д. А., и А. В. Коротаев. 2006. *Русский крест: факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России*. М.: КомКнига/УРСС.

Алкогольная смертность в России: масштаб и география проблемы

А. В. Немцов

Политика, в частности, алкогольная, может быть эффективной только тогда, когда реальное сегодня соединяется оптимальной траекторией с желаемым завтра. Но прежде чем определить, какой политический путь избрать, необходимо знать, какова реальная алкогольная ситуация в стране сложилась сегодня, и, второе, какие цели мы хотели бы достигнуть через год, пять или десять лет. К сожалению, мы не знаем ни того, ни другого. Мы не располагаем главными показателями тяжести нашей ситуации. А это в первую очередь реальный уровень потребления алкоголя, размер связанных с этим человеческих потерь и, наконец, общий алкогольный урон страны – экономический, социальный, психологический и многое другое. Мы располагаем только обрывочными знаниями о нашей алкогольной ситуации, некоторыми ее оценками и множеством ложных сведений и предрассудков. Обобщая, можно сказать, что у нас нет четкого представления о реальной алкогольной ситуации. Это то, что касается исходной точки для алкогольной политики.

Еще хуже обстоит дело с целями. Пожалуй, большинство сойдется в том, что необходимо снизить уровень потребления алкоголя. Но вот вопрос: на сколько литров и за сколько лет? За счет какого алкоголя? Конечно, нелегального, но какими средствами? Кто сможет это сделать в насквозь коррумпированной стране? Какие для этого потребуются средства?

Пока мы не решим все эти вопросы об исходной алкогольной ситуации и о целях ее изменения ни о какой алкогольной политике нельзя говорить. При этом предстоит не только ответить на эти вопросы, но и выстроить ответы в некую последовательность, определить, какие задачи решать в первую очередь, а что во вторую, третью и так далее.

Такую иерархию задач можно и нужно выстроить не только во времени, но и в пространстве: где, в какой части страны необходима самая скорая помощь в решении алкогольных проблем? Приблизительный ответ на этот вопрос можно получить из эпидемиологических исследований.

Несколько огрубляя, можно сказать, что исследования такого рода имеют два полюса. Один составляют географически локальные работы, с ограниченными выборками людей. Это позволяет тщательно провести текущий и ретроспективный анализ и т.о. повысить точность наших знаний, в частности, о факторах смертности в России. Этих знаний нам явно не хватает. Вот почему так важно для нас недавно проведенное большое и разветвленное исследование в Ижевске: было показано, что 18% мужчин, умерших в возрасте 25–54 лет, составляют прямые, еще не менее 20% – непрямые алкогольные потери. Это значит, что около 40% мужчин работоспособного возраста в г. Ижевске ушли из жизни досрочно в связи со злоупотреблением алкоголем. В пересчете на всю страну этот урон составляет 175 тысяч избыточных смертей мужчин 25–54 лет ежегодно (см. главу Д. Леона и др. в этой книге). В свете этих результатов уже не кажутся странными данные о том, что 42,4% ныне живущих 15-летних мальчиков не доживет до 60 лет (Маркес и др. 2006).

Другой полюс эпидемиологических исследований – расширение границ до пределов страны в целом. На этом полюсе за широту приходится расплачиваться точностью. Однако, такой подход позволяет сравнить регионы и выявить среди них области наибольшего риска. В результате такого подхода обнаруживаются области, которые требуют первоочередного вмешательства.

Задача состоит в том, чтобы показать распространенность по регионам страны связанной с алкоголем смертности. Для этого потребовалось определить диагностический состав алкогольной смертности, точнее – вклад алкоголя в различные виды смертей.

Для этой темы важно, что алкогольная смертность – не только самое тяжелое следствие потребления, а также наиболее интегральный показатель тяжести алкогольных проблем, которые определяются многими факторам, а не только уровнем потребления спиртных напитков.

Но прежде следует в самом общем виде обрисовать алкогольную ситуацию в стране и совсем кратко о методах решения поставленных задач.

Наиболее простым показателем алкогольной ситуации может служить уровень потребления алкоголя. Официальные данные для этого не годятся. Они не отражают нелегальное потребление, которое в нашей стране и в советское время составляло не менее трети общего потребления. В последние годы по заявлениям официальных лиц оно составляет 40–50% от общего потребления. Еще хуже данные Счетной Палатой – в 2002 г. в нашей стране 65% крепких алкогольных напитков производилось подпольно.

Это делало и делает спиртное дешевым, а поэтому очень доступным продуктом.

Отчасти благодаря этому с начала 1960-х гг. происходил рост потребления алкоголя, которое в начале 1980-х стабилизировалось на очень высоком уровне – 14–15 литров чистого алкоголя на человека в год. В пересчете на взрослого мужчину это соответствует приблизительно 150 полулитровым бутылкам водки. Рост потребления в 1960–1984 гг. сопровождался ростом смертности женщин и особенно мужчин. Но на этом участке трудно вычленить алкогольную составляющую смертности. Между тем известно, что смерти при отравлении алкоголем выросли за этот период в два раза, с 1,1% до 2,2% от общей смертности.

В результате антиалкогольной кампании 1985 г. потребление алкоголя резко снизилось, а вместе с этим и смертность. Связь этих явлений – не фикция: было показано существенное снижение смертности уже в июне 1985 г., в первый месяц антиалкогольной кампании. С 1988 или 1989 гг. происходил рост смертности и потребления алкоголя. С 1992 г. в стране начались рыночные реформы, которые открыли свободный доступ к алкогольным напиткам, что сопровождалось резким ростом смертности с максимумом в 1994 г. Это не следует понимать так, что смертность в России обусловлена только злоупотреблением алкоголем. Однако ее колебания обусловлены преимущественно алкогольным фактором, который играл и продолжает играть ведущую роль в смертности мужчин.

Так было запущено колебание уровня потребления алкоголя, а вместе с этим, что очень важно, синхронные колебания смертности. Это позволило рассчитать вклад алкоголя в различные виды смертности.

Поскольку разные виды смертности имеют очень разную размерность, потребовалось введение некоего унификатора. Для этого был выбран тангенс наклона лини регрессии разных видов смертности при сопоставлении с потреблением алкоголя. По сути дела тангенс является безразмерным эквивалентным коэффициента регрессии и таким образом позволяет сравнивать разные причины смертности. Важно и то, что тангенс наклона регрессии при отравлении алкоголем существенно не менялся при резком увеличении этого вида смертности, при сравнении мужчин и женщин.

Смерти при отравлении алкоголем зависят только от алкоголя. Поэтому тангенс регрессии этого вида смертности был принят за 100%. Остальные виды – в процентах по отношении к нему. Этот процентный показатель может служить показателем вклада алкоголя в те или другие виды смертности. Иначе говоря, процентный

показатель обозначает связанную с алкоголем долю смертей с тем или другим диагнозом (Таблица 1). Здесь же представлен размер алкогольной смертности на основе стандартизованного показателя смертности на 1 миллион населения.

Как видно, в России очень велика доля связанных с алкоголем убийств, как у мужчин, так и у женщин, хотя количественно такие убийства женщин в три раза меньше, чем убийства мужчин. Очень важно, что этот показатель хорошо соотносится с количеством убитых с алкоголем в крови по данным судебно-медицинской экспертизы.

У мужчин особенно велика доля самоубийств, связанных с алкоголем. Однако тема «алкоголь и самоубийства» почти исключительно мужская, если судить по количеству женских самоубийств, связанных с алкоголем.

Таблица 1. Связанная с алкоголем смертность

Причины смертей	Мужчины				Женщины			
	1984–1992		*1994–2001*		*1984–1992*		*1994–2001*	
	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.	%	на 100 тыс.
Отравления алкоголем	100	211	100	421	100	49	100	106
Убийства	64	126 *	58	263	60	38	53	68
Самоубийства	71	369	29	217	35	10	12	15
Другие внешние причины	68	947	50	1077	47	168	35	191
Циррозы печени	48	82	56	150	38	28	64	81
Панкреатиты	51	22	59	44	9	3	31	10
Сердечно-сосудистые	22	2351	31	4096	14	1012	16	1384
Прочие причины	16	994	19	1244	10	264	9	244
Общая смертность	29	5638	33	7720	16	1698	18	2172
Заболеваемость (без разделения на мужчин и женщин) – контрольные расчеты, погрешность 3%								
Алкогольные психозы	103	33,7	97	93,5				

* Расчет сделан для 1980–1987 гг.

В России соматические смерти в значительной степени также связаны с алкоголем. Однако для дальнейшего анализа будут взяты только те смерти, которые более жестко связаны с алкоголем. Это отравления алкоголем, убийства, самоубийства, другие внешние

причины, циррозы печени и панкреатиты. Их связанные с алкоголем части будут суммированы для каждого региона. Это позволит провести анализ распределения этих суммарных региональных показателей, т.е. суммарной алкогольной смертности по регионам страны.

Было бы лучше, если бы можно было рассчитать алкогольные доли смертности для каждого региона, но в наших условиях это не представляется возможным. Таким образом, было проанализировано 73 региона с включением в некоторые из них автономных образований.

Для анализа европейской части России в направлении юг-север она была разделена на 12 поясов. Результаты анализа показывают, что рост связанных с алкоголем смертей происходит с юга на север: от 7% в Дагестане до 15% в Мурманской области и Республике Коми.

Было показано, что сходное направление имеет рост связанных с алкоголем смертей в Европе, однако, на значительно более низком уровне: от долей процента на юге до 3,8% в Финляндии.

Социально-экономические показатели, в частности валовой региональный продукт, мало дают для интерпретации роста алкогольной смертности с юга на север. По-видимому, большее значение имеют климатические и культурные особенности регионов, также как рост алкогольной смертности в Западной и Центральной Европе. Легче сказать, из чего слагается этот рост: из роста связанных с алкоголем отравлений, самоубийств, убийств и других внешних причин. В отличие от этого циррозы печения снижаются в направлении юг-север.

Для того, чтобы представить распространение алкогольных проблем с запада на восток, территория России была разделена на 9 поясов. При этом анализе самые южные районы не принимались во внимание. В результате анализа видно, что в европейской части России какая-либо тенденция запад-восток отсутствует. Однако, начиная с предгорий Урала (Башкирия, Кировская область и Республика Коми), начинается существенный рост алкогольной смертности вместе с падением валового регионального продукта. Поэтому рост алкоголизации и алкогольной смертности уже нельзя связать только с тяжестью климатических условий, но также с бедностью населения Сибири и Дальнего Востока.

Абсолютным лидером по связанной с алкоголем смертности является Чукотка. Здесь алкогольный урон составляет 26%. Далее следуют Магаданская область и Республика Тыва (более 20%). Все три названные области имеют очень низкий валовой региональный продукт (от 1 до 3 тысяч долларов на человека в год).

Вклад отдельных видов смертности в рост алкогольной смертности с запада на восток в азиатской части России не столь линеен, как в европейской. Максимум связанных с алкоголем убийств наблюдается в центральной Сибири (Тыва, Иркутская и Кемеровская области). Самоубийства лишь в целом в Сибири выше, чем в Европейской части. А вот большая группа алкогольных смертей от всех других внешних причин определяет четкий рост с запада на восток. Так же четко нарастают связанные с алкоголем панкреатиты.

Следует сказать, что основная масса регионов (71%) располагаются в пределах от 7% до 12% алкогольной смертности. Если мы рассчитаем алкогольную смертность в связи с административным делением России, в связи с ее Федеральными Округами, то получим следующую последовательность: Дальневосточный (алкогольная смертность 22,7% от общей), Сибирский (18,4%), Уральский (17,3%), Северо-западный (15,7%), Приволжский (13,9%), Центральный и Южный ФО (11,8% и 12,0%).

Все эти данные выявляют регионы с наиболее тяжелой алкогольной ситуацией, которые требуют первоочередных политических решений и наибольшей активности в этом отношении (карта).

Но главный вывод работы состоит в том, что в России очень высокий уровень связанных с алкоголем потерь: от 7% до 26% от всех смертей в разной степени связаны с алкоголем. И это только прямые потери. Вместе с непрямыми потерями это доля еще выше: около 30% у мужчин и более 15% у женщин в среднем по стране. Это значит, что в России из-за алкоголя почти треть мужчин и седьмая часть женщин сходят в могилу на год-пять-десять лет раньше отведенного им срока. Вот почему средняя продолжительность российских мужчин составляет 58–59 лет.

В абсолютных величинах алкогольный урон страны в 1984–1992 гг. составлял более 350 тысяч в год. Следует подчеркнуть, что это сумма прямых и непрямых алкогольных потерь. Как видно, даже во время антиалкогольной кампании, при снижении потребления алкоголя на четверть страна несла огромные алкогольные потери. Но эти потери неизмеримо выросли с началом рыночных реформ, при полной доступности спиртных напитков и подпольном производстве половины из них: в 1994–2001 гг. алкогольные потери составили более 550 тысяч человек в год. Цифры показывают, что вклад алкоголя в демографический кризис огромен. Конечно, алкоголь не единственная причина этого кризиса в стране. Есть еще бедность, безработица, неуверенность в завтрашнем дне и многое другое. Но снижение уровня потребления алкоголя в на-

шей стране хотя и непростая, но все-таки задача, решаемая проще, чем борьба, например, с бедностью населения.

Рис. 1. Алкогольная смертность (% от общей смертности) в регионах России



Библиография

Маркес П. В., Цюрке М., Рокко Л., МакКи М., Леон Д., Фаррингтон Дж., Носиков А., Лаатикайнен Т., Данишевский К., Бакилана А.-М., Логинова Т., де Гейнд В., Фрид Э., Лагебрюннер Дж. К., Си Дж., Гоним А. 2006. *Рано умирать. Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения.* Вашингтон – Москва: Всемирный банк – Издательство «Алекс».

Смертность трудоспособного населения, алкоголь и продолжительность жизни в России

В. М. Школьников, Е. М. Андреев, Д. А. Жданов

Особая важность информации о смертности обусловлена фундаментальным значением, которое мы, по понятным причинам, придаем пребыванию в живых, тем, что все остальное, что имеет для нас значение, возможно только при условии пребывания в живых, а также тем, что показатели смертности могут служить универсальным мерилом удач или неудач в любых других областях человеческой деятельности.

Амартия Сен, Лауреат Нобелевской премии по экономике за 1998 год.

Введение

Эпиграф этой статьи взят из лекции «Смертность как критерий экономического успеха или неудачи», прочитанной лауреатом Нобелевской премии по экономике Амартией Сеном в 1995 году (Sen 1995). В этой лекции всемирно известный ученый рассматривает смертность как ключевую меру социально-экономического развития стран и регионов. Идея заключается в том, что смертность отражает не только имеющиеся в обществе ресурсы, но и способность общества трансформировать эти ресурсы в наиболее общественно-значимый продукт – здоровье людей. Следуя этой логике, приходится признать, что развитие нашей страны на протяжении последних четырех десятилетий было регрессом.

В 2005–2006 гг. беспрецедентное внимание со стороны Президента и представителей российского государства и общества было уделено демографическим потерям и высокой смертности в стране (Путин 2005). В современном российском общественном мнении бытует странная уверенность в том, что проблема высокой смертности – это проблема, возникшая после распада СССР и экономических реформ 1991–1992 гг. На самом деле, рост смертности в России начался намного раньше – в 1965

году и продолжался с тех пор до настоящего времени почти непрерывно. Эта тенденция является аномалией на фоне непрерывного снижения смертности, происходившего в большинстве стран мира. Рост смертности в России кажется также неожиданным, исходя из ее предшествующих успехов в снижении смертности. Дело в том, что в 1950-е и начале 1960-х годов России удалось резко сократить бывшую тогда очень высокой смертность от инфекционных заболеваний, особенно среди детей, и вплотную приблизится по уровню ожидаемой продолжительности жизни к наиболее развитым странам мира. Этот успех был достигнут во многом за счет вакцинации, лечения антибиотиками и развития территориальной сети первичных учреждений здравоохранения, которые обеспечили почти универсальный доступ населения к базовым видам медицинской помощи на всем пространстве бывшего СССР. Под влиянием этих успехов, советская система здравоохранения была даже признана образцом для развивающихся стран на алма-атинской конференции Всемирной организации здравоохранения в 1978 г.

Однако к середине 60-х годов смертность от инфекционных болезней снизилась настолько, что ее дальнейшее сокращение с помощью все той же вакцинации и антибиотиков не могло дать существенного прироста продолжительности жизни (Shkolnikov, Meslé, Vallin 1996). Между тем, на смену «старой» патологии пришли новые проблемы. Ими стали сердечно-сосудистые заболевания и новообразования, для борьбы с которыми требовались намного более дорогостоящие методы лечения и профилактики. Кроме того, получили большее распространение так называемые «болезни цивилизации», такие как курение, алкоголизация, наркотизация, самоубийства, насильственные причины смерти, автотранспортные и другие несчастные случаи. Эта смена нозологического профиля привела в 60-е годы к стагнации продолжительности жизни населения почти во всех экономически развитых странах. Однако в Западной Европе и США неблагоприятная тенденция была преодолена всего за 4–6 лет и рост продолжительности жизни населения возобновился. В то же время, Россия, другие страны бывшего СССР и страны Восточной Европы не смогли преодолеть этот барьер, вследствие чего кризис здоровья в них растянулся на десятилетия.

В 70-е и 80-е годы динамика смертности в СССР и странах Восточной Европы различалась в зависимости от возраста и пола (Meslé 2004). В то время как смертность в возрастах моложе 15 лет снижалась (хотя и медленнее, чем в странах Запада), смертность в трудоспособных возрастах увеличивалась. В то время как ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) женщин оставалась примерно на одном уровне, ОПЖ мужчин снижалась.

В долговременных трендах смертности в России и странах бывшего СССР можно выделить два периода. Первый период 1965–1984 гг. харак-

теризуется относителльно медленным ростом смертности в возрастах старше 15 лет. Второй период, начавшийся в 1985 г. и продолжающийся до настоящего времени, характеризуется беспрецедентными по масштабу колебаниями смертности.

В этой статье будет представлен анализ тенденций изменения уровня и структуры смертности по возрасту и причинам смерти в России на протяжении первого и второго периодов. Мы покажем черты сходства и различия между ними, определим основные особенности российской смертности и покажем особую значимость алкоголя как фактора динамики смертности трудоспособного населения во второй период (включая последнее снижение смертности в 2006 г.).

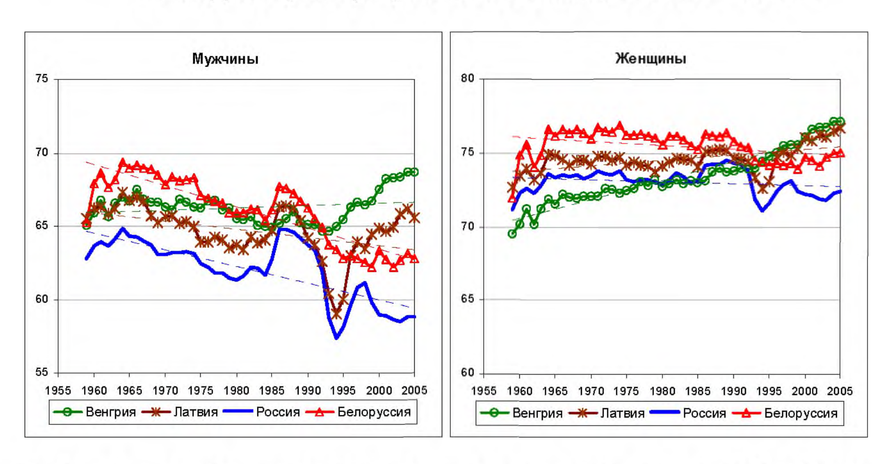
1. Изменения ожидаемой продолжительности жизни в России в сравнении с некоторыми посткоммунистическими странами

В литературе наибольшее влияние получили два типа объяснений кризиса смертности в Восточной Европе. Первый тип объяснений уделяет основное внимание конкретным факторам риска и находящимся под их влияниям причинами смерти. При этом большое значение придается эффектам антиалкогольной кампании и возврата алкоголя в 90-е годы, а также курению, плохому питанию, и нерациональным стереотипам поведения, представляющим опасность для собственного здоровья и для здоровья окружающих (Cockerham 1999; Cockerham, Hinotea, Abbott 2006; Peto *et al.* 1994; McKee *et al.* 1998). Второй тип объяснений акцентирует внимание на масштабных и неожиданных для населения социально-политических изменениях 90-х годов прошлого века. По мнению исследователей, такие болезненные и новые для посткоммунистических стран явления как безработица, инфляция и рост цен, резкое падение уровня жизни, сокращение социальных гарантий и резкое социальное расслоение вызывают психосоциальный стресс, который оказывает общее негативное влияние на здоровье и повышает уровень насилия (Cornia, Paniccià 2000; Bobak *et al.* 1998; Bobak *et al.* 2000). Наконец, в некоторых работах сделана попытка совместить эти два типа объяснений, причем бедность, социальная дезадаптация, изоляция и психологический стресс рассматривается как возможные детерминанты алкоголизма, курения и невнимания к собственному здоровью (Leon, Shkolnikov 1998; Carlson, Vagero 1998, Shkolnikov, Cornia *et al.* 1998).

В связи с крахом коммунизма в Европе и распадом СССР в 1989–1991 гг. бывшие страны коммунистического лагеря прошли через своего рода эксперименты, характер которых в разных странах был неодинаковым. В этой связи, интересно рассмотреть изменения ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) новорожденного в России и в трех других по-

сткоммунистических странах (Рис. 1). Эти страны – Белоруссия, Латвия и Венгрия. Выбор этих четырех стран позволяет взглянуть через призму продолжительности жизни на три важных контраста. Первый контраст – это контраст между странами бывшего СССР (Белоруссией, Латвией и Россией), в которых во второй половине 80-х годов проводились жесткие антиалкогольные меры, и Венгрией, где ничего подобного не происходило. Второй контраст – это контраст, между Венгрией, Латвией и Россией, где была проведена масштабная приватизация и другие меры по переходу к рыночной экономике и Белоруссией, которая на протяжении 90-х годов во многом сохраняла социальный патернализм советского типа. Третий контраст – это контраст между Россией и Белоруссией с одной стороны и Венгрией и Латвией с другой, поскольку последние стали членами Евросоюза, выполнив ряд требований по соответствию европейским стандартам и получив от Евросоюза значительную экономическую помощь. Заметим, что мы из всех стран Восточной Европы остановили свой выбор на Венгрии потому, что в 70-е и 80-е именно эта центральноевропейская страна имела особенно низкие значения ОПЖ, близкие к тем, которые наблюдались в СССР.

Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни новорожденного в Белоруссии, Венгрии, Латвии и России в 1959–2005 гг.



На Рис. 1 хорошо виден переход от снижения смертности в 1959–1964 гг. к ее росту, начиная с 1965 г. В 1965 г. самая высокая ОПЖ мужчин наблюдалась в Белоруссии, за которой следовала Венгрия, Латвия и Россия. Начиная с 1965 г. до середины 80-х годов во всех странах ОПЖ мужчин снижалась, причем в трех странах бывшего СССР это снижение происходило быстрее, чем в Венгрии. В 1965 г. по ОПЖ женщин лидировала Бе-

лоруссия, за которой следовали Латвия, Россия и Венгрия. За период 1965–1984 гг. в Латвии и России ОПЖ женщин не претерпела существенных изменений, слегка снизилась в Белоруссии и увеличилась в Венгрии. Таким образом, динамика смертности была особенно неблагоприятной у мужчин по сравнению с женщинами и в Белоруссии, Латвии и России по сравнению с Венгрией. Отметим, что в тот же период ОПЖ в западных странах увеличивалась почти непрерывно и, соответственно, разрыв между востоком и западом Европы расширялся.

Второй период отмечен необычными флуктуациями ОПЖ в странах бывшего СССР. Сразу после введения антиалкогольных мер в мае 1985 г., ОПЖ в Белоруссии, Латвии и России резко увеличивается и остается на относительно высоком уровне в течение нескольких лет. При этом увеличение ОПЖ мужчин было примерно вдвое большим, чем увеличение ОПЖ женщин. В начале 90-х годов ОПЖ резко падает в Латвии и России. В обеих странах скачок смертности следует немедленно вслед за экономической либерализацией, которая приводит ко многим негативным социальным последствиям, но также и к резкому повышению доступности спиртных напитков после периода «воздержания» во время антиалкогольной кампании. В Латвии рыночный переход и падение ОПЖ произошли на год раньше, чем в России. В 1993–1994 гг. ОПЖ мужчин в России и Латвии достигает крайне низких значений в 57 и 59 лет, соответственно. С 1994–1995 по 1997–1998 гг. в России и Латвии наблюдался быстрый рост ОПЖ, который, возможно, имел компенсаторную составляющую, связанную с ускоренным вымиранием в предшествующие несколько лет маргинального населения и тех, кто сильно злоупотреблял алкоголем, и соответствующим снижением их доли в населении (Avdeev *et al.* 1998; Shkolnikov, McKee, Leon 2001). Наконец, в России после экономического кризиса 1998 г. ОПЖ вновь стала снижаться, а в Латвии в 1998–2004 гг. произошел ее существенный рост. Изменения ОПЖ женщин после 1985 г. в России и Латвии были меньшими по амплитуде, но по характеру были очень похожи на то, что наблюдалось у мужчин.

В Белоруссии, где политические и экономические изменения в 90-е годы были далеко не так значительны, как в России или Латвии, рост смертности после окончания антиалкогольной кампании был также намного меньшим. Однако в Белоруссии не наблюдалось и улучшения в середине 90-х годов, подобного тому, что имело место в Латвии и России. Во второй половине 90-х годов ОПЖ в этой стране стабилизировалась на низком уровне, и с тех пор существенно не изменилась.

Наконец, в Венгрии в 80-е годы больших колебаний ОПЖ не отмечалось, а в 1994–2005 гг. ОПЖ значительно выросла и страна приблизилась по этому показателю к Западной Европе. Примечательно, что в Венгрии и Латвии нынешние значения ОПЖ на Рис. 1 лежат значи-

тельно выше линейного тренда, аппроксимирующего всю совокупность точек за период с 1959 г. В России эти значения находятся несколько ниже линейных трендов, а в Белоруссии – примерно соответствуют этим трендам.

В целом, различия в динамике ОПЖ между странами красноречиво свидетельствуют о характере процессов, происходивших в разных частях посткоммунистического пространства, и удивительно сильной реакции смертности на происходящие события и изменения. Во-первых, в 1985–1987 гг. в странах бывшего СССР четко прослеживается позитивный эффект антиалкогольной кампании и возвратный рост смертности после резкой отмены антиалкогольных мер в 1992–1993 гг. (Андреев 2002). Во-вторых, в конце 90-х годов расширяется разница между Россией и Белоруссией, где кризис общественного здоровья продолжился, и Венгрией и Латвией, где происходит явное улучшение ситуации.

В результате всех этих изменений в 2005 г. ОПЖ в России достигла крайне низких значений: 59 лет у мужчин и 72 года у женщин (Табл. 1). Разрыв по продолжительности жизни меду мужчинами и женщинами в 13 лет является одним из самых больших в мире. Отставание от «старых» стран Евросоюза по уровню ОПЖ достигло почти 18 лет у мужчин и 10 лет у женщин. Разрыв с Венгрией и Латвией также вырос весьма значительно и составил 7–9 лет у мужчин и около 4 лет у женщин.

Табл. 1. Сравнение ожидаемой продолжительности жизни новорожденного в 2004–2005 гг. между Россией, Беларуссией, Латвией, Венгрией и «старыми» странами Европейского Союза

ОПЖ, лет		
	Мужчины	Женщины
Россия	**58,9**	**72,4**
Белоруссия	62,9	75,0
Латвия	65,9	76,1
Венгрия	68,2	76,6
ЕС-15	76,8	82,1
Отставание России по ОПЖ, лет		
	Мужчины	Женщины
Белоруссия	4,0	2,6
Латвия	7,0	3,7
Венгрия	9,3	4,2
ЕС-15	17,9	9,7

2. Изменения возрастного профиля смертности

Для того, чтобы понять, что на самом деле происходит с повозрастной смертностью в России, рассмотрим изменения возрастных коэффициентов смертности на протяжении двух периодов: 1965–1984 гг. и 1985–2005 гг. Как уже отмечалось, ОПЖ в России постепенно снижалась у мужчин и стагнировала у женщин в 1965–1984 гг. и испытывала резкие колебания, начиная с 1985 г. Из Рис. 1 видно, что в 1984 г. был достигнут некий максимум смертности, явившийся результатом ее постепенного повышения на протяжении двух предшествующих десятилетий. Возрастная кривая смертности в 2005 г. сформировалась в результате дальнейших резких изменений. Таким образом, сравнение изменений возрастной кривой смертности в 1965–1984 гг. с ее изменением в 1984–2005 гг. может пролить свет на сходство и различие между возрастными составляющими роста смертности в России в течение первого и второго периодов.

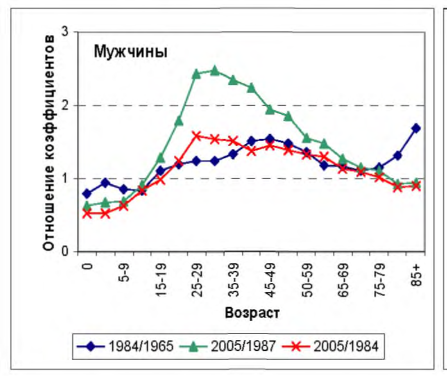
Рис. 2 показывает пропорциональные изменения (отношения) возрастных коэффициентов смертности в России между 1984 и 1965 гг. (коэффициенты 1965 г. приняты за единицу) и между 2005 и 1984 гг. (коэффициенты 1984 г. приняты за единицу). Кроме того, на рисунке показаны такие же изменения возрастных коэффициентов смертности между 2005 и 1987 гг. (коэффициенты 1987 г. приняты за единицу). 1987 год, был годом минимального за последние 40 лет уровня смертности, достигнутого в результате антиалкогольной кампании, начавшейся в мае 1985 г.

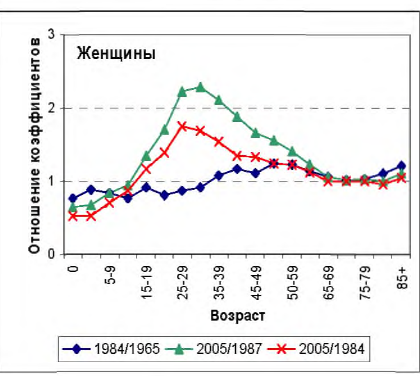
Из рисунка видны принципиальные различия в динамике смертности между тремя группами возрастов. Очевидно, что трудоспособные возраста от 15 до 65 лет являются наиболее проблемной зоной, в которой наблюдается самый большой рост смертности, как мужчин, так и женщин. Смертность в возрастах старше 65 лет также несколько увеличилась между 1965 и 1984 гг., но мало изменилась в последующий период. Смертность среди детей в возрасте до 15 лет в основном снижалась.

Между 1965 и 1984 гг. максимум увеличения смертности пришелся на возраст 45–54 лет, между 1984 г. и 2005 гг. произошло дальнейшее увеличение смертности в тех же возрастах, но максимум роста смертности пришелся уже на более молодые возраста от 25 до 34 лет. Этот сдвиг косвенно указывает на то, что в первом периоде большое значение имели преобладающие в средних возрастах смерти от болезней системы кровообращения и рака, а во втором периоде наряду с этим массовыми причинами смерти, большее значение приобрели преобладающие в молодых трудоспособных возрастах несчастные случаи, насильственные причины смерти и причины смерти, напрямую связанные с алкоголем. Если сравнивать смертность в 2005 г. с 1987 г. (годом минимальной смертности), то

отношение смертности достигает огромных значений в 200–250% в диапазоне возрастов от 20 до 54 лет.

Рис. 2. Отношения возрастных коэффициентов смертности в России: 1984 г. к 1965 г., 2005 г. к 1987 г. и 2005 г. к 1984 г.





Таким образом, на протяжении четырех десятилетий главной составляющей роста общего уровня смертности в России было повышение смертности в возрастах от 15 до 64 лет, которое затрагивало самую продуктивную часть населения страны. В соответствии с таблицей смертности за 2005 г., вероятность умереть в возрастах от 15 до 64 лет составляет в России 58% и 24% для мужчин и женщин соответственно. В странах Западной Европы эквивалентные значения составляют 21% и 11% для мужчин и женщин, соответственно. Таблица 2 дает представление об абсолютных размерах потерь в связи с преждевременной смертностью в возрастах от 15 до 64 лет. В 2005 г. 917 тыс. человек (671 тыс. мужчин и 246 тыс. женщин) умерли в этом возрастном диапазоне. В этих возрастах среди медицинских причин смерти, первое место занимают внешние причины (несчастные случаи и насильственные причины), за ними с небольшим отрывом следуют болезни системы кровообращения (болезни сердца и нарушения мозгового кровообращения). На долю причин смерти, непосредственно связанных с алкоголем приходится 93 тыс. смертей, что составляет около 10% от общих потерь в возрастах 15–64 года. В следующем разделе мы покажем, что на самом деле, вклад алкоголя в динамику общей смертности – намного больше, так как увеличение смертности от всех основных причин смерти, указанных в Табл. 2, за исключением новообразований, может быть связано с алкоголем.

Табл. 2. Умершие от всех причин и от основных групп причин смерти в возрастах 15–64 года в 2005 г. (тыс. чел.)

Причина смерти	*Мужчины*	*Женщины*	*Оба пола*
Все причины, все возраста	1245,0	1058,9	2303,9
Все причины (15–64)	681,4	250,5	931,9
Инфекционные	27,5	6,5	33,9
Ишемическая болезнь сердца	126,5	37,6	164,1
Нарушения мозгового кровообращения	49,0	28,6	77,6
Болезни органов дыхания	38,6	9,4	48,1
Причины непосредственно связанные с алкоголем*	69,4	24,1	93,5
Внешние причины без алк. отравлений**	205,2	83,0	288,2
Новообразования	67,9	48,5	116,4

* Хронический алкоголизм, алкогольный психоз, алкогольная кардиомиопатия, алкогольная болезнь печени, хронический панкреатит алкогольной этиологии, случайные отравления алкоголем.

** Несчастные случаи, отравления, травмы и насильственные причины.

3. Причины смерти

В этом разделе мы более подробно рассмотрим динамику смертности от различных причин смерти в возрастном диапазоне от 15 до 64 лет и ее связь с колебаниями в потреблении алкоголя. Этот анализ во многом следует нашим предыдущим исследованиям, а также исследованиям А. В. Немцова (Nemtsov, Shkolnikov 1995; Shkolnikov, Nemtsov 1997; Немцов 2001, 2003). Во всех этих работах большое внимание было уделено реакции смертности на антиалкогольную кампанию 1985 года.[1] Си-

[1] Напомним, что кампания началась в мае 1985 г. и включала в себя ряд мер, направленных на сокращения производства и продажи алкоголя населению, на ужесточение борьбы с самогоноварением, а также мер по совершенствованию принудительного лечения от алкоголизма и по активизации работы наркологических служб в системе здравоохранения (Такала 2002). В 1985–1987 гг. антиалкогольные мероприятия проводились весьма жестко. Однако, в октябре 1988 г. руководство СССР приняло решение о некоторых послаблениях. В частности, государство стало постепенно увеличивать производство ликеро-водочных изделий и пива. Тем не менее, большинство мер алкогольной политики оставалось в силе до 1992 г. Экономические реформы 1992–1994 гг. привели к быстрой приватизации производства и торговли алкоголем. В эти же годы осуществлялся также массированный импорт дешевого спирта из-за рубежа. В результате изменения структуры цен и галлопируюшей инфляции в 1992–1993 гг. водка существенно подешевела по отношению к продуктам питания и промышленным товарам (Shkolnikov, Nemtsov 1997). И наконец, в 1990-е годы были фактически сняты все ограничения на тор-

ла реакции со стороны смертности от различных причин на резкое падение потребления алкоголя в 1985–1987 гг. и его рост в начале 1990-х гг. позволяют судить о степени связи между этими причинами смерти и алкоголем.

На четырех панелях Рис. 3 показаны изменения стандартизованных по возрасту коэффициентов смертности от четырех групп причин смерти в возрастах от 15 до 64 лет. Первую группу включены причины, тесная связь которых с алкоголем очевидна. К ним, в первую очередь, относятся случайные отравления алкоголем, причина, смертность от которой может рассматриваться как чувствительный индикатор потребления алкоголя в России (Shkolnikov, Meslé, Vallin 1996). Кроме того, в группу входят наиболее значимые внешние причины смерти, такие как автотранспортные несчастные случаи, самоубийства, убийства и насильственные смерти без уточнения их случайного или преднамеренного характера. Для всех этих причин характерно синхронное колебание большой амплитуды с падением смертности в 1985–1987 гг. и ее ростом в 1992–1994 гг. Наиболее симметричным (со сходными уровнями смертности в 1982–1984 гг. и 1995–1997 гг.) были колебания смертности от алкогольных отравлений, автотранспортных несчастных случаев и самоубийств. Смертность от убийств и неуточненного насилия испытала относительно небольшое падение в 1985–1987 гг. и значительно больший рост в 1992–1994 гг. с последующей стабилизацией на уровне, в 2–2,5 раза превосходящем уровень смертности от этих причин до начала антиалкогольной кампании. Несимметричность колебания смертности от двух насильственных причин говорит о том, что, помимо возврата алкоголя другие факторы (общая криминализация жизни и ослабление законности и правопорядка) внесли свой негативный вклад в ухудшение положения в 90-е годы.

Следующая группа причин смерти на Рис. 3 относится к болезням системы кровообращения. Пик смертности от этих причин приходится на старшие возраста, но и в трудоспособных возрастах они занимают второе место после внешних причин смерти. В смертности от ишемической болезни сердца (ИБС), других болезней сердца и нарушений мозгового кровообращения явно прослеживаются черты характерного колебания связанного с антиалкогольной кампанией. Ярко выраженный характер колебания в смертности от ИБС даже позволил нам предположить (в одной из предыдущих работ) возможность ошибочной диагностики этой причины смерти, за которой могли скрываться неправильно классифицированные алкогольные отравления (Shkolnikov *et al.* 2002). Однако детальный анализ данных о мужских смертях в Удмуртии не подтвердил это

говлю алкогольными напитками, включая водку, которую можно было легко купить почти повсюду и практически круглосуточно.

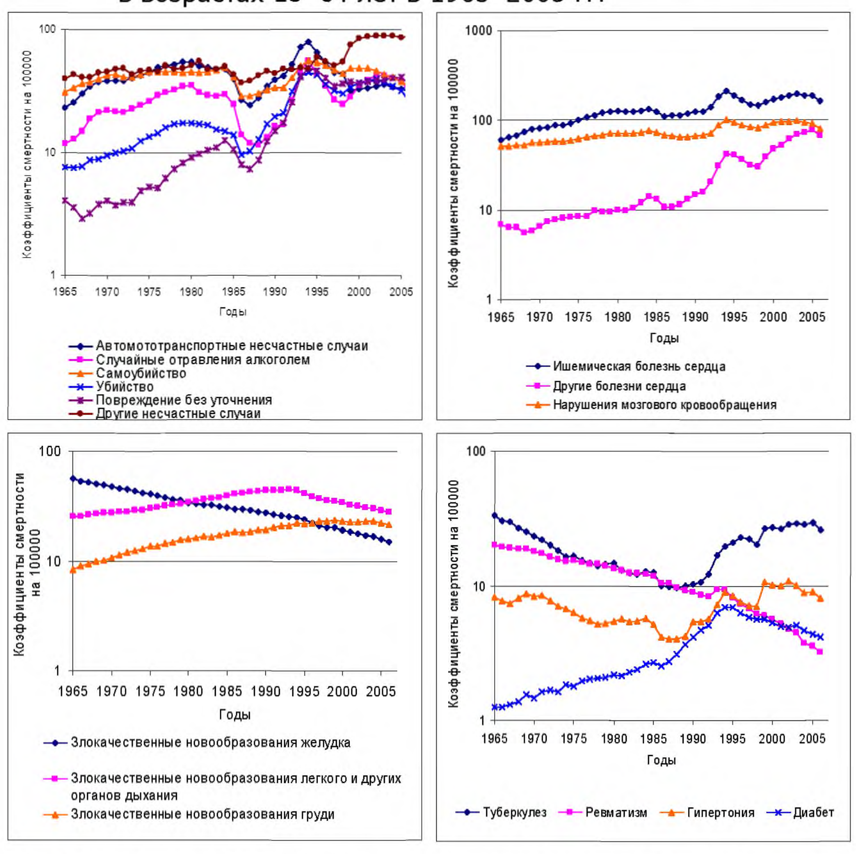
предположение. Это может быть связано с тем, что алкогольная интоксикация действительно может приводить к сердечным приступам и смерти. Соответствующие физиологические механизмы известны (McKee, Britton 1998).

В третью группу причин смерти на Рис. 3 входят наиболее часто встречающиеся виды рака, такие как рак легкого, рак желудка и рак груди у женщин. Тренды смертности от этих причин совершенно не испытывают изменений в середине 80-х годов и никак не связаны с антиалкогольной кампанией. Они находятся под влиянием факторов, связанных с условиями детства и юности или факторов, действие которых накапливается на протяжении десятилетий. Например, смертность от рака желудка снижается под влиянием снижения из поколения в поколение доли людей, организм которых в был инфицирован в детстве патогеном *Helicobacter pylori* (Leon 2001). Смертность от рака груди медленно растет также под влиянием стадиальных факторов, связанных с изменением репродуктивного поведения и практики грудного вскармливания (Leon 2001). И, наконец, риск смерти от рака легкого связан с курением 30–40 лет назад. Смертность от этой причины может изменяться под воздействием вариации в распространенности курения по поколениям. В частности, перелом тренда смертности от рака легкого в середине 90-х годов предположительно отражает смену особенно интенсивно куривших поколений, чье детство пришлось на Великую отечественную войну и первые послевоенные годы, более молодыми поколениями, в которых распространенность курения была меньше (Shkolnikov, McKee *et al.* 1999).

Наконец, в четвертую группу причин смерти на Рис. 3 вошли некоторые из так называемых предотвратимых причин смерти. В эту группу включены туберкулез, ревматическая болезнь, гипертоническая болезнь и сахарный диабет. Эти причины могут рассматриваться как индикаторы качества здравоохранения. Считается, что при современной медицинской помощи люди в возрасте моложе 70 лет могут умирать от этих причин лишь в исключительных случаях (Andreev *et al.* 2003). Лишь изменения смертности от гипертонической болезни испытывает в 80-е годы относительно небольшое колебание в связи с антиалкогольной кампанией. В 90-е годы смертность от этой причины в основном растет. Смертность от ревматической болезни постоянно снижается, а смертность от диабета – повышается. Это повышение было медленным до конца 80-х годов, затем произошло его ускорение, которое сменилось некоторым снижением в конце 90-х. Наконец, наиболее впечатляющие изменения наблюдаются в смертности от туберкулеза. Смертность от этой причины быстро падает в 1965–1975 гг. Во второй половине 70-х темп снижения несколько замедляется, но все же оно продолжается до конца 80-х годов. Наконец, в 90-е годы смертность от туберкулеза стремительно увеличивается, достигнув в 2005 г. уровня, близкого к тому, который отмечался в конце 60-х. Рост

смертности от некоторых предотвратимых причин в 90-е годы, указывает на определенное ослабление защитной роли системы здравоохранения.

Рис. 3. Стандартизованные по возрасту[2] коэффициенты смертности от некоторых причин для обоих полов в возрастах 15–64 лет в 1965–2005 гг.



В целом по всей совокупности причин смерти, представленных на Рис. 3, можно отметить сильное воздействие алкоголя на различные виды несчастных случаев и насильственных причин, а также на болезни сердца и другие болезни системы кровообращения. Через эти причины, на которые приходится более 70% всех смертей, алкоголь оказывает сильное воздействие на общую смертность в трудоспособ-

[2] Европейский стандарт возрастной структуры населения Всемирной организации здравоохранения.

ных возрастах. Смертность от наиболее массовых локализаций рака совершенно не зависит от текущих колебаний потребления алкоголя. Она находится под влиянием факторов, связанных с прошлым. Наконец вариабельность смертности от предотвратимых причин достаточно высока, но в основном связана не с колебаниями в потреблении алкоголя, а с изменениями эпидемиологической ситуации и работой системы здравоохранения.

Табл. 2 показывает, смертность от основных классов причин смерти в трудоспособных возрастах в России по сравнению с Белоруссией, Латвией, Венгрией и «старым» членами Евросоюза в 2005 г. Абсолютный разрыв в смертности в трудоспособном возрасте между Россией и «старыми» странами ЕС определяется внешними причинами смерти и болезнями системы кровообращения. Максимальный относительный разрыв отмечается для инфекционных болезней у мужчин, за которыми следуют внешние причины смерти и болезни системы кровообращения. Мы видим также существенно меньшее, но уже весьма значительное вновь возникшее отставание России от Венгрии и Латвии.

Табл. 2. Сравнение стандартизованных по возрасту коэффициентов смертности от основных классов причин смерти в возрастах 15–64 года между Россией, Белоруссией, Латвией, Венгрией и «старым» Европейским Союзом по данным 2005 г.

Страна	Россия	Бело-руссия	Венг-рия	Латвия	ЕС-15	Бело рус-сия	Венг рия	Лат-вия	ЕС -15
Все причины, мужчины	1591,4	1243,1	798,6	1023,4	329,4	1,3	2,0	1,6	4,8
Все причины, женщины	501,0	380,8	307,6	327,1	161,6	1,3	1,6	1,5	3,1
Инфекционные болезни, муж.	58,9	35,5	4,7	21,0	6,2	1,7	12,4	2,8	9,5
Инфекционные болезни, жен.	12,3	5,9	1,7	7,0	2,6	2,1	7,1	1,7	4,7
Новообразования, мужчины	179,2	177,0	239,4	170,1	115,3	1,0	0,7	1,1	1,6
Новообразования, женщины	98,9	87,3	124,9	94,1	79,9	1,1	0,8	1,1	1,2
БСК, мужчины	606,6	478,6	256,4	395,0	77,5	1,3	2,4	1,5	7,8
БСК, женщины	192,6	146,0	82,4	113,2	26,7	1,3	2,3	1,7	7,2
БОД, мужчины	90,9	55,7	31,9	47,8	12,1	1,6	2,9	1,9	7,5
БОД, женщины	18,4	8,2	13,1	10,9	6,2	2,3	1,4	1,7	3,0
Внещние причины, мужчины	448,0	359,7	111,6	276,5	54,0	1,2	4,0	1,6	8,3
Внещние причины, женщины	94,1	73,0	26,2	56,2	15,9	1,3	3,6	1,7	5,9

Стандартизованные по возрасту коэффициенты смертности на 100 000 жителей. БСК – болезни системы кровообращения, БОД – болезни органов дыхания.

4. Особая роль проблемного потребления и суррогатов алкоголя

Представленный выше анализ смертности по причинам смерти на популяционном уровне дает серьезные доводы в пользу ее связи с алкоголем. Однако, он не позволяет идентифицировать конкретные механизмы, посредством которых алкоголь воздействует на риск смерти.

В классических когортных исследованиях, таких, например, как московские и ленинградские LRC, риск смерти мужчин, выпивавших более 158 г этанола в неделю, был повышен лишь на 20% и сильно снижался при стандартизации по другим факторам риска (Деев, Школьников 2000). В противовес этому результату, в последние годы появились другие исследования, основанные на микроданных и имеющие специальный дизайн, которые доказывают особенно тесную связь между сильным злоупотреблением алкоголем и смертностью. В частности, данные исследований в Ижевске за 1998–1999 гг. позволили выявить связь между единовременным чрезмерным потреблением алкоголя и смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин в возрасте от 20 до 55 лет на индивидуальном уровне (Shkolnikov, Chervyakov *et al.* 2004). Во втором Ижевском исследовании, проведенном в 2003–2005 гг. по методу «случай-контроль», *проблемному потреблению* алкоголя и потреблению суррогатов алкоголя уделялось особенно пристальное внимание (Leon *et al.* 2007). Проблемное потребление определялось на основе таких признаков как случаи запоя, частого похмелья, частого сильного опьянения. Под суррогатами алкоголя имеются в виду спиртосодержащие жидкости медицинского, гигиенического, парфюмерного или технического назначения, не предназначенные для распития в качестве алкогольных напитков. Химический анализ этих жидкостей выявил в них концентрации этанола от 67% до 93% (McKee, Suzcs *et al.* 2005). Тот факт, что суррогаты алкоголя не подвергаются акцизным сборам, делает их уникальным источником дешевого алкоголя для тех, кто сильно пьет и имеет низкие доходы.

Оказалось, что проблемное потребление алкоголя практикуют приблизительно 15%–17% мужчин в возрасте от 25 до 54 лет. При этом 7% мужчин потребляют суррогаты алкоголя. Проблемное потребление алкоголя связано с шестикратным риском смерти, а потребление суррогатов алкоголя ассоциируется с почти двадцатикратным риском (Leon *et al.* 2007). Потребление суррогатов алкоголя и проблемное потребление алкоголя приводит к очень высоким концентрациям алкоголя в организме, которые вызывают сильные токсические эффекты. Ударные дозы алкоголя в этих случаях способны воздействовать на целый ряд физиологических

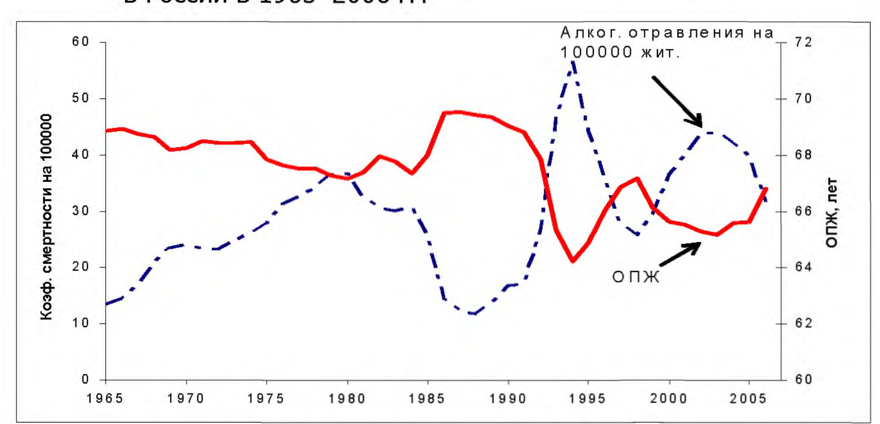
показателей, включая метаболизм липидов, свертываемость крови и чувствительность миокарда (Britton, McKee 2000; McKee, Britton 1998). Подобные эффекты были обнаружены и в других странах, где распространено единовременное чрезмерное потребление алкоголя (Mäkelä *et al.* 1997; Evans *et al.* 2000).

5. Снижение смертности в 2006 году

В 2006 г. в России был принят ряд поправок в закон о государственном регулировании производства и продажи этилового спирта (Халтурина, Коротаев 2006*а*). Был увеличен оплаченный уставной капитал для производителей спирта и алкогольной продукции, введен список из четырех обязательных денатурирующих добавок (бензин, керосин, битрекс, кротоновый альдегид) для спиртосодержащих жидкостей технического назначения, произошла смена акцизных марок и была введена новая электронная система для централизованной регистрации всего производимого в стране алкоголя и, наконец, был введен запрет на экспорт грузинских и молдавских вин. За исключением последнего запрета, смысл которого понять трудно, принятые меры были направлены на усиление контроля над оборотом спирта, борьбу с нелегальным производством алкогольной продукции и ее нелегальным потреблением. Похоже, что в 2006 г. началось реальное наступление на рынок непомерно дешевого и крепкого алкоголя в России.

Кроме того, в 2006 г. было начато выполнение федеральной целевой программы «Повышение безопасности дорожного движения в России на 2006–2012 гг.», главной целью которой является снижение количества смертей на дорогах. Программа включает ряд мер по улучшению условий дорожного движения, сокращению времени доезда скорой медицинской помощи и сотрудников автоинспекции до мест происшествия, ужесточение контроля дорожного движения и др.

Рис. 4. Корреляция между изменениями стандартизованного по возрасту коэффициента смертности от отравлений алкоголем и ожидаемой продолжительности жизни в России в 1965–2006 гг.



Согласно недавно полученным данным, в 2006 г.имело место значительное снижение смертности. По сравнению с 2005 г., ОПЖ мужчин увеличилась на 1,5 года, (до 60,4 лет), а ОПЖ женщин – на 0,9 года (до 73,2 лет). Рис. 4 воспроизводит график, впервые опубликованный в 1995 г. (Shkolnikov, Nemtsov 1997). На рисунке изображены изменения смертности от отравлений алкоголем и изменения ОПЖ в 1965–2006 гг. Оказывается, что причина смерти, составлявшая в 1965–2006 гг. лишь 2–4% общей смертности, но являющаяся хорошим индикатором уровня потребления алкоголя, имеет почти стопроцентную корреляцию с ОПЖ ($r = 0{,}95$). Теснота корреляции становится особенно очевидной после 1984 г. в период больших колебаний в потреблении алкоголя и смертности. Важно отметить, что произошедшее в 2006 г. еще больше подкрепляет ту же закономерность, поскольку неожиданно резкое падение смертности от алкогольных отравлений совпадает со скачком ОПЖ.

Структура роста ОПЖ между 2005 и 2006 гг. по возрасту и причинам смерти также указывает на связь с улучшением алкогольной ситуации. Рост ОПЖ был достигнут главным образом за счет сокращения смертности все в том же возрастном диапазоне от 15 до 64 лет (81% прироста ОПЖ мужчин и 68% прироста ОПЖ женщин). Как видно из Табл. 3, те же причины смерти, которые были чувствительны к резким изменениям потребления алкоголя во время антиалкогольной кампании (см. Рис. 3), и в 2006 г. внесли наибольший вклад в снижение смертности. И у мужчин, и у женщин это внешние причины смерти, причины, непосредственно связанные с алкоголем, и основные болезни системы кровообращения. В относительном выражении, наибольшее снижение смертно-

сти среди отдельных причин отмечается для причин, непосредственно связанных с алкоголем, убийств и болезней сердца.

Табл. 3. Сравнение стандартизованных по возрасту коэффициентов смертности в возрасте от 15 до 64 лет в 2005 и 2006 гг. (на 100 000 жит.)

	Мужчины				Женщины			
	2005	2006	Разность	Отношение	2005	2006	Разность	Отношение
Все причины смерти	1609,9	1427,8	182,1	1,13	502,5	452,7	49,9	1,11
Внешние причины и причины, непоср. связ. с алкоголем								
Автомототранспортные НС	52,5	49,7	2,8	1,06	14,3	14,0	0,3	1,02
Отравления алкоголем	91,5	81,7	9,9	1,12	15,6	12,6	3,0	1,24
Другие причины, непосредственно связ. с алкоголем	63,9	50,8	13,1	1,26	31,4	27,3	4,1	1,15
Самоубийства	69,0	62,9	6,1	1,10	9,5	9,0	0,5	1,06
Убийства	51,7	41,7	10,0	1,24	13,2	10,8	2,4	1,22
Неустановленные насильств.	72,0	62,8	9,2	1,15	13,6	12,1	1,5	1,13
Другие несч. случаи и травмы	149,8	136,6	13,2	1,10	29,5	27,0	2,5	1,09
Основные болезни системы кровообращения								
Ишемическая болезнь	323,9	286,5	37,5	1,13	79,3	70,6	8,7	1,12
Другие болезни сердца	125,3	108,7	16,6	1,15	38,6	33,2	5,4	1,16
Наруш. мозгового кровообр.	131,3	115,9	15,4	1,13	60,7	52,8	7,8	1,15
Некоторые устранимые причины								
Туберкулез	53,2	46,7	6,5	1,14	9,5	8,3	1,1	1,14
Ревматическая болезнь	3,8	3,5	0,3	1,08	3,3	2,9	0,4	1,15
Гипертоническая болезнь	12,1	11,2	0,8	1,07	6,5	5,7	0,8	1,15
Сахарный диабет	3,9	3,8	0,1	1,02	4,7	4,5	0,2	1,05
Некоторые виды новообразований								
Рак желудка	24,1	23,0	1,1	1,05	9,5	9,2	0,3	1,03
Рак органов дыхания	60,0	57,3	2,8	1,05	5,6	5,4	0,2	1,04
Рак молочной железы	–	–	–	–	22,5	21,7	0,8	1,04
Прочие причины смерти	321,8	285,0	36,8	1,13	135,1	125,4	9,7	1,08

Заключение

Сорокалетний рост смертности в России и, особенно, ее стремительный подъем в первой половине 90-х годов – аномалия на фоне мирового снижения смертности. Этот феномен сложным образом связан с многообразными и разноуровневыми факторами и условиями. К ним относятся политическая и экономическая ситуация, меняющаяся эпидемиологическая обстановка и нозологические профили, социальная политика, работа здравоохранения, исторические и психологические особенности и стереотипы поведения.

Наша статья посвящена только одному, но очень важному аспекту – влиянию алкоголя на российскую смертность. Приведенные данные показывают, что алкоголь является важнейшим фактором смертности трудоспособного населения страны и приводит к огромным демографическим потерям. При этом основной вклад в смертность трудоспособного населения вносит не потребление алкоголя вообще, а именно его наиболее проблемные и опасные формы. Антиалкогольная кампания 1985 года и меры по регулированию алкогольного рынка, предпринятые в 2006 г., привели к немедленному и значительному снижению смертности. Однако, как сделать успехи необратимыми и как их развить? Ответить на этот вопрос достаточно сложно, поскольку он одновременно связан с социально-психологическими и историческими корнями пьянства в России, а также с характером и последовательностью проводимой государством политики. В области практических действий, может оказаться полезным опыт скандинавских стран, где в прошлом алкоголизация населения представляла серьезнейшую проблему. Разработка стратегии действий, направленных на решение этой важной проблемы общественного здоровья требует серьезных сдвигов в понимании роли алкоголя в российской жизни.

В заключение, хотелось бы отметить, что концентрация усилий на алкоголе станет более эффективной, если эта работа будет проходить в рамках более широких мероприятий, направленных общее оздоровление образа жизни (включая, борьбу с курением) и повышение доступности и качества медицинской помощи.

Библиография

Андреев Е. М. 2002. Возможные причины колебаний продолжительности жизни в России в 90-е годы. *Вопросы статистики* (11): 3–15.

Деев А. Д., Школьников В. М. 2000. Неоднородность смертности: анализ индивидуальных данных. *Неравенство и смертность в России* / Ред. В. Школьников, Е. Андреев, Т. Малева, с. 70–73. М.: Сигналъ.

Немцов А. В. 2001. *Алкогольная смертность в России, 1980–90-е годы*. М.: NALEX.

Немцов А. В. 2003. *Алкогольный урон регионов России*. М.: NALEX.

Путин В. В. 2005. *Послание Президента Федеральному Собранию от 25 апреля 2005 года*. Доступ: http://www.rg.ru/2005/04/25/poslanie-text.html.

Федеральная целевая программа. 2006. *Федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в России на 2006–2012 гг.»*. Доступ: http://transbez.com/officially/programs/roadsafety-part1.html.

Халтурина Д. А., Коротаев А. В. 2006*а*. Алкогольная политика: мировой опыт и российские реалии. Демоскоп 265–266, 13–25 ноября, 2006. Доступ: http://demoscope.ru/weekly/2006/0265/tema01.php.

Халтурина Д. А., Коротаев А. В. 2006*б*. *Русский крест: факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России*. М.: КомКнига/УРСС.

Andreev E. M., Nolte E., Shkolnikov V. M., Varavikova E., McKee M. 2003. The evolving pattern of avoidable mortality in Russia. *International Journal of Epidemiology* 32: 437–446.

Avdeev A., Blum A., Zakharov S., Andreev E. 1998. The reactions of a heterogeneous population to pertubation. An interpretative model of mortality trends in Russia. *Population: An English Selection* 10(2): 267–302.

Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., Rose R., Marmot M. 2000. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science and Medicine* 51: 1343–1350.

Bobak M., Pikhart H., Hertzman C., Rose R., Marmot, M. 1998. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-selectional survey. *Social Science and Medicine* 47: 269–279.

Britton A., McKee M. 2000. The relationship between alcohol and cardiovascular disease in Eastern Europe: explaining the paradox. *Journal of Epidemiology and Community Health* 54: 328–332.

Carlson P., Vågerö D. 1998. The social pattern of heavy drinking in Russia during transition. Evidence from Taganrog 1993. *European Journal of Public Health* 8(4): 280–285.

Cockerham W. C. 1999. *Health and Social Change in Russia and Eastern Europe*. New York, NY: Routledge.

Cockerham W. C., Hinote B. P., Abbott P. 2006. Psychological distress, gender, and health lifestyles in Belarus, Kazakhstan, Russia, and Ukraine. *Social Science and Medicine*. 63(9): 2381–2394.

Cornia G. A., Paniccià R. 2000. The transition mortality crisis: evidence, interpretation and policy responses. *The mortality crisis in transitional economies* / Ed. by G. A. Cornia, R. Paniccià, pp. 3–37. Oxford: Oxford University Press.

Evans C., Chalmers J., Capewell S., Redpath A., Finlayson A., Boyd J., Pell J., McMurray J., Macintyre K., Graham L. 2000. "I don't like Mondays" day of the week of coronary heart disease deaths in Scotland: study of routinely collected data. *British Medical Journal* 320: 218–219.

Leon D. A., Saburova L., Tomkins S., Andreev E., Kiryanov N., McKee M., Shkolnikov V M. 2007. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: The Izhevsk Family case-control study of men aged 25–54 years, 2003–5. *The Lancet* 369: 2001–2009.

Leon D. A. 2001. Common threads: underlying components of inequalities in mortality between and within countries. *Poverty, Inequality, and Health* / Ed. by D. A. Leon and G. Walt, pp. 58–87. Oxford: Oxford University Press.

Leon D. A., Shkolnikov V. M. 1998. Social stress and the Russian mortality crisis. *JAMA* 79(10): 790–791.

Mäkelä P., Valkonen T., Poikolainen K. 1997. Estimated numbers of deaths from coronary heart disease "caused" and "prevented" by alcohol: an example from Finland. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 58: 455–463.

McKee M., Britton A. 1998. The positive relationship between alcohol and heart disease in eastern Europe: potential physiological mechanisms. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 91: 402–407.

McKee M., Suzcs S., Sarvary A. *et al.* 2005. The composition of surrogate alcohols consumed in Russia. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 29: 1884–1888.

McKee M., Bobak M., Rose R., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D. 1998. Patterns of smoking in Russia. *Tobacco Control* 7: 22–26.

Meslé F. 2004. Mortality in Central and Eastern Europe: long-term trends and recent upturns. *Demographic Research, Special Collection* 2: article 3. Доступ: www.demographic-research.org.

Meslé F., Shkolnikov V. M., Vallin J. 1994. Brusque montée des morts violentes en Russie. *Population* 3: 780–790.

Nemtsov A. V., Shkolnikov V. M. 1995. Alcohol problems in Russia. *World Health* 4: 1–4.

Peto R., Lopez A. D., Boreham J., Thun M., Heath C. 1994. *Mortality from smoking in developed countries*. Oxford: Oxford University Press.

Sen Amartya 1998. Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure. *Economic Journal* 108(446): 1–25.

Shkolnikov V. M., McKee M., Chervyakov V. V., Kyrianov N. A. 2002. Is the link between alcohol and cardiovascular death among young Russian men attributable to misclassification of acute alcohol intoxication? Evidence from the city of Izhevsk. *Journal of Epidemiology and Community Health* 56(3): 171–174.

Shkolnikov V., McKee M., Leon D., Chenet L. 1999. Why is the death rate from lung cancer falling in the Russian Federation? *European Journal of Epidemiology* 15: 203–206.

Shkolnikov V. M., Chervyakov V. V., McKee M., Leon D. A. 2004. Russian mortality beyond vital statistics: Effects of social status and behaviours on deaths from circulatory disease and external causes – a case-control study of men aged 20–55 years in Udmurtia, 1998–99. *Demographic Research. Special Collection* 2: Article 4.

Shkolnikov V. M., Cornia G. A., Leon D. A., Meslé F. 1998. Causes of the Russian Mortality Crisis: Evidence and Interpretations. *World Development* 26(6): 1995–2011.

Shkolnikov V. M., McKee M., Leon D. A. 2001. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet* 357: 917–921.

Shkolnikov V. M., Meslé F., Vallin J. 1996. Health crisis in Russia II. Changes in causes of death: a comparison with France and England and Wales (1970–1993). *Population: An English Selection* 8: 155–190.

Shkolnikov V. M., Nemtsov A. V. 1997. Anti-alcohol campaign and variations in Russian mortality. *Premature Death in the New Independent States* / Ed. by J. L. Bobadilla, C. A. Costello, and Faith Mitchell, pp. 239–261. Washington, DC: National Academy Press.

Демографическая демодернизация и алкоголизация России[1]

А. В. Подлазов

Особенности модернизации смертности в России

Одним из важнейших направлений прогресса является демографическая модернизация и, в первую очередь, *модернизация смертности*, заключающаяся в переносе на более поздние возраста действия определенных причин смертности или даже полном их исключении.

Поскольку вероятность смерти зависит не только от ее причины, но и от возраста человека, полный анализ динамики смертности предполагает одновременное рассмотрение целого ряда величин – *возрастных коэффициентов смертности*, что лишает такой анализ наглядности. Удобным скаляризатором, сводящим возрастные коэффициенты смертности к одному числу, является *ожидаемая продолжительность жизни при рождении*. Она определяется как средний срок жизни человека в предположении, что на всем ее протяжении возрастные коэффициенты смертности остаются такими же, как в данном году.[2]

На Рис. 1 представлена динамика ожидаемой продолжительности жизни в странах-лидерах процесса демографической модернизации за последние полтора столетия. Любая страна подвержена различным неблагоприятным факторам (войны, эпидемии, неурожаи, экономические кризисы и т.п.), способным существенно увеличить смертность. Поэтому график построен не для какого-то фиксированного перечня стран, а для тех, продолжительность жизни в которых в данном году была наибольшей. Тем самым анализируется ее значение, потенциально достижимое в благоприятной обстановке на соответствующей стадии прогресса.

---

[1] Работа выполнена при поддержке РГНФ (проект №06-03-00355) и РФФИ (проект №06-06-80503). Автор выражает признательность А. В. Немцову и Д. А. Халтуриной за полезное обсуждение и помощь при подготовке данной работы.

[2] Данные об ожидаемой продолжительности жизни для разных стран, используемые в настоящей статье, взяты из следующих источников: Андреев, Дарский, Харькова 1998; HMD 2007; ОПЖ 2007; U.S. Census Bureau 2007; HLD 2007; Arias 2004; CIA 2007; Вишневский 1999, 2006; Вишневский, Школьников 1997.

Процесс модернизации смертности обычно рассматривают как прохождение страной *эпидемиологического перехода*. Под этим термином понимается смена одного типа патологии, определяющей характер заболеваемости и смертности населения, другим ее типом, одной структуры болезней и причин смерти – другой. Дадим краткое описание этого процесса, основываясь на следующих работах: Вишневский 1999; Вишневский, Школьников 1997; Милле и др. 1996; Андреев, Харькова 2002.

Рис. 1. Модернизация смертности в России и в мире[3]



Эпидемиологический переход разделяют на два этапа (см. Рис. 1), имеющих ряд качественных отличий. Первый и второй этапы эпидемиологического перехода обусловлены преодолением, соответ-

[3] В качестве оценки ожидаемой продолжительности жизни в передовых странах используется среднее по 10 (по 6–9 для 1850–1875 гг.) странам, имеющим наибольшие показатели на соответствующую дату. На графике отчетливо выделяются первый (начиная с рубежа последних четвертей XIX в.) и второй (начиная с середины XX в.) этапы эпидемиологического перехода, приблизительно вдвое различающиеся по скорости роста продолжительности жизни. Вплоть до Второй мировой войны Россия демонстрирует нарастающее отставание от передовых стран по продолжительности жизни, а после – разрыв быстро сокращается. Значительно более высокие, чем у стран-лидеров, темпы прохождения Россией первого этапа эпидемиологического перехода свидетельствуют о заимствовании ею соответствующих технологий. Завершив первый этап перехода к началу 1960-х годов, во второй этап Россия просто не вступает, что выражается в начавшейся с этого момента демодернизации смертности, которая продолжается и поныне.

ственно, экзо- и эндогенных причин смертности. То есть, первый этап – это борьба против травматизма и болезней инфекционной этиологии (преимущественно – органов дыхания и пищеварения), а второй – против вредных привычек и болезней неинфекционной этиологии (главным образом – онкологических и сердечнососудистых заболеваний).

Первый этап перехода связан с внедрением в медицинскую практику эффективных лекарственных препаратов, созданием общедоступной системы здравоохранения, охраной материнства и детства, улучшением санитарно-гигиенических условий, контролем соблюдения техники безопасности на производстве, проведением массовой вакцинации населения и повышением его общей культуры. Иначе говоря, первый этап может быть осуществлен посредством массовых мероприятий, не предполагающих серьезной активности со стороны населения. Но второй этап имеет совершенно иную природу. Он основан на ответственном отношении к своему здоровью со стороны каждого человека и индивидуальном подходе к каждому пациенту со стороны врача.

Если первый этап эпидемиологического перехода представлял собой борьбу *против* болезней и смерти, то второй – это борьба *за* продление и сохранение человеческой жизни. Поэтому первый этап, допускающий простые инструментальные решения, может реализовываться «оптом», тогда как второй, предполагающий распространение полезных привычек и стремление к здоровому образу жизни, возможен лишь «в розницу». И неудивительно, что второй этап требует бóльших материальных и организационных ресурсов и скорость его прохождения ниже.

Особенно показателен процесс модернизации смертности в России. Наша страна встретила XX век, отставая от передовых стран по ожидаемой продолжительности жизни при рождении на полтора-два десятка лет (см. Рис. 1). Несмотря на определенные улучшения, произошедшие перед Второй мировой войной, к моменту ее начала этот разрыв вырос еще на десятилетие. В послевоенные годы ситуация стала быстро выправляться, так что к середине 60-х отставание сократилось всего до нескольких лет. После этого, однако, продолжительность жизни россиян начинала медленно уменьшаться на фоне неуклонно увеличения этого показателя во всем мире. Сколь впечатляющ был наш прогресс конца 40-х – 50-х годов, столь же отчетливы были дальнейшие стагнация и регресс.

Основное значение во время первого этапа эпидемиологического перехода имеет борьба со смертностью в детских возрастах. Этот общее правило особенно ярко проявилось в России, где снижение смертности в возрасте моложе 15 лет позволило выиграть

18 лет в ожидаемой продолжительности жизни (для обоих полов) между концом 30-х и серединой 60-х, причем прирост в 8 лет был получен только за счет снижения младенческой смертности (Милле и др. 1996). Именно эти изменения позволили России преодолеть изначальное отставание и выйти по продолжительности жизни на уровень развитых стран.

Когда же возможности модернизации смертности с помощью инструментальных мер были исчерпаны, и пришла пора второго этапа эпидемиологического перехода, вступить в него наша страна оказалась неспособна. Для этого необходимо кардинальное изменение системы приоритетов, связанное с повышением общественной ценности здоровья, не говоря уже о значительных и постоянно растущих материальных затратах на здравоохранение и экологию, без чего невозможно успешно противостоять эндогенным причинам смертности.

Хотя второй этап перехода связан в значительной мере с процессами, происходящими в общественном сознании, неготовность нашей страны к дальнейшему снижению смертности заметна даже при рассмотрении сугубо материальной стороны дела. Доля расходов на здравоохранение в ВВП развитых стран увеличивается после Первой мировой войны каждое десятилетие примерно на 1 процентный пункт (а в некоторых странах – даже на 2), достигая в настоящее время уровня 7–11%, а в США преодолев фантастический рубеж в 15%. В СССР же эта величина стабильно держалась на уровне, не превышающем 3–4%, т.е. сопоставимом с тем, который имели развитые страны при смене этапов эпидемиологического перехода в середине прошлого века (Тишук 2004; OECD 2006; WHO 2007; Венедиктов 1999; Болдов и др. 2002).[4]

То, что при таком слабом финансировании мы, хотя бы ненадолго, сумели приблизиться по продолжительности жизни к развитым странам, означает много лучшее соотношение между ценой и качеством советской системы здравоохранения по сравнению с западными (Гильбо 2007). И именно эта ее своеобразная эффективность, а вовсе не недостаток средств, явилась непреодолимым препятствием ее дальнейшему развитию. Ведь чем лучше система оптимизирована под конкретные задачи и условия функционирования, тем сложнее ее совершенствовать. Здесь же механизмы саморазвития не предусматривались даже теоретически как противоречащие духу консервативной модернизации (Вишневский 1998).

---

[4] Ныне в России расходуется на здравоохранение около 5–6% ВВП (WHO 2007), но увеличение этой доли обусловлено не ростом реальных расходов, а сокращением ВВП по сравнению с советским временем.

Можно было бы предположить, что остановка модернизации смертности в нашей стране явилась следствием догоняющего характера ее развития в XX веке. Но, как показывает опыт Японии, это не так.

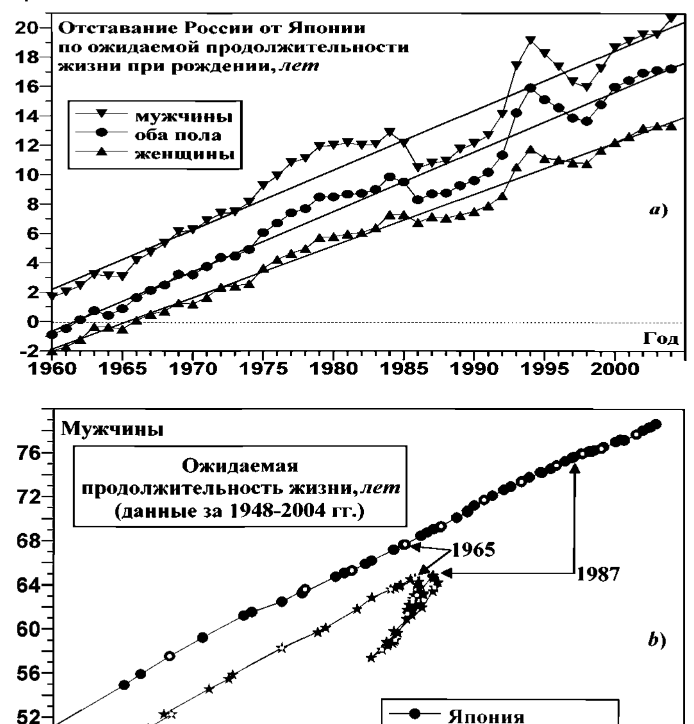
В экономическом плане Япония, как и Советский Союз, шла путем догоняющего развития и ускоренной индустриализации (Иноземцев 2000). И вплоть до 60-х годов ситуация с модернизацией смертности в обеих странах была сходной: большое отставание от стран Запада перед Второй мировой войной и быстрое его преодоление – после. Тем не менее, в дальнейшем Япония постепенно становится мировым лидером по продолжительности жизни, в то время как Россия – локомотив советской модернизации – главным аутсайдером среди промышленно развитых стран. Даже среди европейских республик СССР она была на последнем месте по продолжительности жизни мужчин и на предпоследнем – женщин (уступив «почетное» последнее место Молдавии).

Как видно из Рис. 2*a*, разрыв в ожидаемой продолжительности жизни японцев и россиян увеличивается с приблизительно постоянной скоростью (примерно 1 год за 2,5 года) уже пятый десяток лет при том, что в 1960 г. продолжительность жизни в России и Японии было практически одинаковой. Несмотря на колоссальные темпы роста отставания, может возникнуть иллюзия, что просто «у нас» модернизация смертности шла и идет несколько медленнее, чем «у них».

Однако, как и в случае развития экономики, различие является не количественным, а качественным, что наглядно демонстрирует вид гендерных портретов, приведенных на Рис. 2*b*. Для Японии связь между продолжительностью жизни мужчин и женщин имеет практически линейный вид, тогда как для России график резко «заваливается» вниз[5] с середины 60-х. С этого момента в нашей стране начался процесс демодернизации смертности, не завершившийся до настоящего времени.

[5] Отметим, что для ряда развитых стран также имеет место некоторое отклонение фазового портрета от линейного вида. Но только не вниз, а вверх. Это связано с тем, что обычно продолжительность жизни женщин увеличивается быстрее, чем продолжительность жизни мужчин, однако в тех странах, где модернизация смертности идет давно и успешно, с какого-то момента мужчины начинают постепенно догонять женщин по продолжительности жизни. Этот факт и отражается «загибом» графика вверх.

Рис. 2. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении в Японии и в России



ПРИМЕЧАНИЕ: Рис. а – отставание России от Японии по продолжительности жизни, возрастает на год в среднем каждые 2,3 ± 0,1 *года* для мужчин, 2,4 ± 0,1 *года* – для обоих полов и 2,8 ± 0,1 *года* – для женщин. Отклонения графиков от линейного вида вызваны, главным образом, изменением потребления спиртного в России (см. далее).

Рис. b – связь ожидаемой продолжительностей жизни мужчин и женщин (наколотыми точками показаны года, кратные пяти). Если в Японии модернизация смертности происходила на протяжении всего рассматриваемого промежутка времени, то в России она полностью прекратилась к 1965 г. Примечательно, что по продолжительности жизни мужчин он близок к 1987 г., на который пришелся максимум эффекта антиалкогольной кампании.

Россия преодолела первый этап эпидемиологического перехода почти вчетверо быстрее стран-лидеров демографической модернизации (см. Рис. 1). Данное обстоятельство однозначно указывает на то, что наши успехи были достигнуты в основном благодаря заимствованию западных подходов и технологий. И с этой точки зрения, СССР был значительно ближе к развивающимся странам, нежели к развитым (Андреев, Харькова 2002).[6]

Это становится заметно с середины 60-х годов, когда первый этап эпидемиологического перехода практически завершился, и сложилась новая структура медицинской патологии. Смертность от экзогенных причин сократилась до такой степени, что дальнейшее ее снижение уже не могло ощутимо сказываться на продолжительности жизни. Начиная с этого времени, влияние детской смертности на ожидаемую продолжительность жизни уменьшается, а решающее влияние приобретает смертность взрослых. Именно ее сокращение обеспечивает дальнейший рост ожидаемой продолжительности жизни, причем примерно половина прироста, достигнутого в США, Франции и Японии, после 1965 г. обусловлена сокращением смертности в возрастах старше 60 лет (что свидетельствует об огромных успехах, уже достигнутых в меньших возрастах). В России – обратная картина: общему сокращению смертности начинает противодействовать некоторое ее увеличение в возрастах старше 15 лет, в особенности – среди мужчин 30-59 лет (Милле и др. 1996).

Истина в стакане. Алкоголь и реформы

Описанная демографическая динамика в высшей степени удивительна и требует объяснения. Модернизация смертности является системным процессом, не сводимым, вообще говоря, к какому-то одному фактору. Однако с началом периода застоя развитие сфер, значимых для уменьшения смертности, как и вообще любое интенсивное развитие, в нашей стране фактически прекратилось.[7]

[6] Приведем лишь один пример. Младенческая смертность в России в 1947 г., когда разразившийся голод унес более полумиллиона жизней, составила чуть менее 79% от уровня 1940 г. А в послевоенном 1946 г. она была и того меньше – 56% от уровня 1940 г. Такие ошеломляющие успехи нашей медицины на фоне голода и разрухи были обеспечены одним единственным фактором – поставками американских антибиотиков и сульфаниламидов в годы войны (Андреев, Дарский, Харькова 1998).

[7] Периода застоя обычно ассоциируется с обманутыми социальными ожиданиями, порожденными оттепелью. Однако даже в социально-политической сфере на конец 60-х – начало 70-х годов пришлись значительно более серьезные изменения (впоследствии юридически оформленные в брежневской конституции в виде пресловутой статьи о руково-

Вследствие чего немедленно выделился единственный фактор, полностью определяющий изменение ожидаемой продолжительности жизни, в строгом соответствии с формулой «*кто рули и весла бросил, тех нелегкая заносит*».

Этим фактором стала водка. Известный эксперт по вопросу алкоголизации российского общества А. В. Немцов оценивает прямые и непрямые алкогольные потери России в 30% годового количества смертей мужчин и 15% – женщин (Немцов 2006). На связь аномально высокой российской смертности и пьянства указывают и другие авторы (Немцов, Школьников 1999; Милле, Школьников 1999; Коротаев, Комарова, Халтурина 2007; Халтурина, Коротаев 2005, 2006).

На Рис. 3 приведены графики потребления алкоголя (здесь и далее – в литрах чистого спирта на человека в год, по расчетам А. В. Немцова [2001, 2006]) и ожидаемой продолжительности

дящей и направляющей роли КПСС). Как раз тогда закрывались вертикальные каналы социальной мобильности, связанные с профессиональной самореализацией, а бюрократия была окончательно выведена из-под контроля репрессивного аппарата без установления над ней общественного контроля, что ставило крест на каком бы то ни было интенсивном развитии. Наглядной иллюстрацией происходивших перемен стало начавшееся стремительное обесценивание интеллектуальной деятельности по отношению к труду неквалифицированных кадров (в результате чего, в конечном итоге, зарплата рабочего превысила зарплату инженера), а также угасание косыгинской реформы (вступившей в непреодолимые противоречия с бюрократической системой и потому оказавшейся последней в отечественной истории сколько-либо успешной попыткой модернизации). Сюда же следует отнести и зародившиеся в эти годы теневую экономику и организованную преступность. И если появление подпольных дельцов было закономерной реакцией зарегулированной экономики на естественный рост потребительских стандартов населения, то откровенно криминальный характер деятельности «цеховиков» и «барыг» был обусловлен их тесными связями с партноменклатурой (Хохряков 2000). Параллельно происходило накопление и других внутриэкономических проблем. Даже самые удачные инвестиционные проекты стали реализовываться со значительным превышением проектных сроков и смет, что приводило к деконцентрации и омертвлению капитала. Не будучи в силах эффективно развивать собственное сельское хозяйство, СССР интенсивно увеличивал ввоз продовольствия, превращаясь в его крупнейшего импортера. Однако важнейшая трансформация развития, ознаменовавшая начало периода застоя именно как глубочайшего кризиса, была связана со сменой геоэкономической роли нашей страны. Советский Союз фактически отказался от положения ядра альтернативной миросистемы и вернулся в систему международного разделения труда на те самые периферийные позиции, которые когда-то занимала Российская Империя. В дальнейшем советская экономики, все более ориентировавшаяся на экспорт энергоносителей и полупродуктов, в которых нуждались страны ядра миросистемы, развивалась уже в их интересах (Кагарлицкий 2004).

жизни в России в 1970-2001 гг. Как легко видеть, эти показатели колеблются точно в противофазе: локальным минимумам потребления соответствуют локальные максимумы продолжительности жизни – локальным максимумам потребления соответствуют локальные минимумы продолжительности жизни – рост ожидаемой продолжительности жизни совпадает с уменьшением потребления алкоголя – падение ожидаемой продолжительности жизни совпадает с увеличением потребления алкоголя:

Рис. 3. Потребление алкоголя
и продолжительность жизни россиян



ПРИМЕЧАНИЕ: Анализируется выделенный пунктирной рамочкой на Рис. 1 отрезок времени, начиная с 1970 г., когда прекращение модернизации смертности в России становится несомненным.

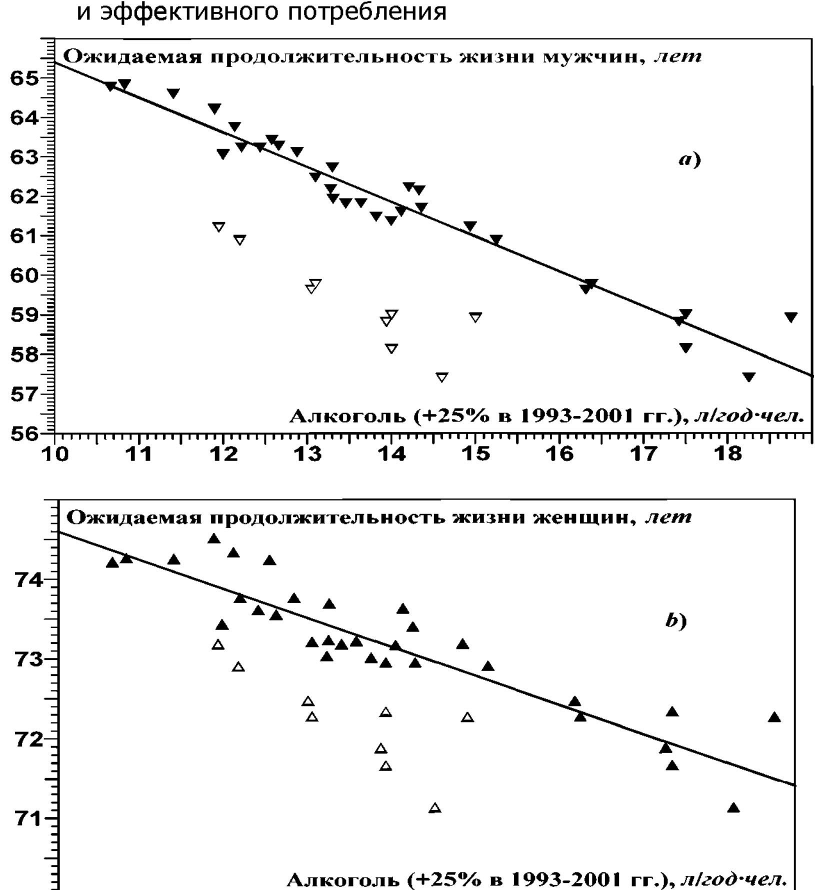
Обращает на себя внимание отсутствие запаздывания изменения смертности по отношению к изменению потребления алкоголя. Отчасти дело в «поражающих факторах» немедленного действия, таких как алкогольные отравления, обострения хронических заболеваний, травматизм, бытовые убийства и самоубийства. Однако алкоголизация служит не только причиной сверхсмертности, но и индикатором общего социально-психологического неблагополучия – отсутствие веры в будущее и безысходность убивают не хуже водки.

Изменение продолжительности жизни объясняется вариацией потребления немногим более чем на 50%. Но если формально увеличить уровень потребления после 1992 г. на четверть, то в

рамках линейных регрессионных моделей удается объяснить свыше 95% дисперсии ожидаемой продолжительности жизни мужчин и почти 84% – женщин за 1970-2001 гг. При этом среднеквадратичное отклонение данных от регрессионных зависимостей составляет 0,44 года для мужчин и 0,33 года – для женщин.

Пустыми значками показаны данные за 1993-2001 гг. с реальным, а не эффективным, уровнем потребления в качестве абсциссы.

Рис. 4. Продолжительность жизни в зависимости от реального и эффективного потребления



ПРИМЕЧАНИЕ: Те же данные, что на Рис. 3, но по отдельности для мужчин и для женщин.

Хотя наличие отрицательной корреляции между потреблением алкоголя и продолжительностью жизни не вызывает сомнений, функциональная зависимость между этими величинами отсутствует – изменение потребления объясняет едва половину дисперсии продолжительности жизни. В этом нет ничего удивительного, т.к. рассматриваемый период времени покрывает как советский, так и постсоветский этапы нашей истории. А поскольку в связи с проводимыми в стране реформами появился целый ряд новых факторов смертности, единообразно списать все на одну лишь пьянку, конечно же, нельзя.

Ухудшение материального положения граждан, постоянный стресс, развал системы здравоохранения, всплеск наркомании, рост числа насильственных смертей и другие «социальные завоевания» последних полутора десятилетий однозначно сказались на продолжительности жизни россиян. Тем не менее, все эти негативные обстоятельства могут быть легко учтены без привлечения дополнительных данных, если перейти от реального потребления к *эффективному*. Под эффективным потреблением будем понимать его величину, формально увеличенную на 25%, начиная с 1993 г., без изменения более ранних значений.

Изменение эффективного потребления в рамках линейной регрессионной модели объясняет уже достаточно большой процент дисперсии продолжительности жизни, чтобы можно было говорить о функциональной зависимости (см. рис. 1). Величина добавки, равная 25%, была определена подгоночным путем, чтобы добиться наибольших значений коэффициентов детерминации регрессионных моделей. Необходимо особо подчеркнуть, что переход к эффективному потреблению ни в коем случае не следует рассматривать как некую поправку к величине потребления реального. Смысл этой добавки состоит в пересчете на «жидкую валюту» той цены, которую российский народ заплатил за реформы[8].

Прямая связь между эффективным потреблением и продолжительностью жизни в течение рассматриваемого периода позволяет считать алкоголь главным фактором российской сверхсмертности, хотя и имеющим разную «убойную силу» в разных социально-экономических условиях. Рис. 5*а* позволяет сравнить предсказания, основанные на данных об эффективном потреблении алкоголя, с реальностью. Совпадение нельзя счесть безупречным, но все

[8] Фактически переход к эффективному потреблению эквивалентен введению в регрессионную модель второй переменной, описывающей социально-экономическую обстановку, в предположении кусочно-постоянной связи между регрессионными переменными, претерпевающей разрыв на границе 1992-1993 гг.

основные элементы динамики ожидаемой продолжительности жизни отражены верно.

Увеличение эффективного потребления на 1 л / чел.·год (для всего населения) сокращает продолжительность жизни мужчин на 0,88±0,04 года, а женщин – на 0,35±0,03 года. Экстраполяция соответствующих зависимостей к нулевому потреблению[9] дает оценки ожидаемой продолжительности жизни в гипотетическом случае элиминации алкогольной смертности. Они составляют 74,2±0,5 года для мужчин и 78,1±0,4 года для женщин (см. Рис. 5*b*), превосходя реально наблюдавшиеся в 1970-2001 гг. значения в среднем на 12,4±2,0 и 4,8±0,9 года, соответственно. И этот разрыв есть явная мера неблагополучия нашей жизни.

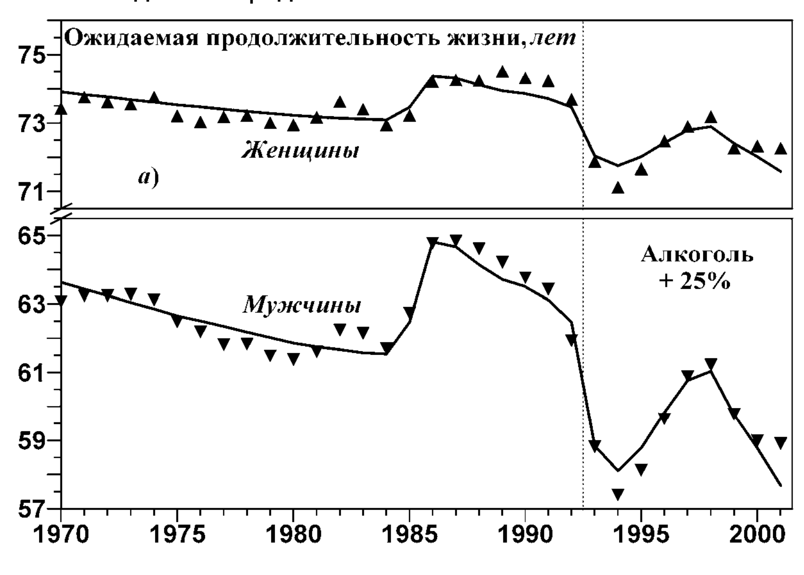
Полученные результаты дают наглядное представление о масштабе проблем с модернизацией смертности в России. Чтобы приблизиться к приведенным выше безалкогольным показателям, при темпах роста продолжительности жизни, характерных для развитых стран (на год за несколько лет), потребуется время, за которое сменятся одно–два поколения.

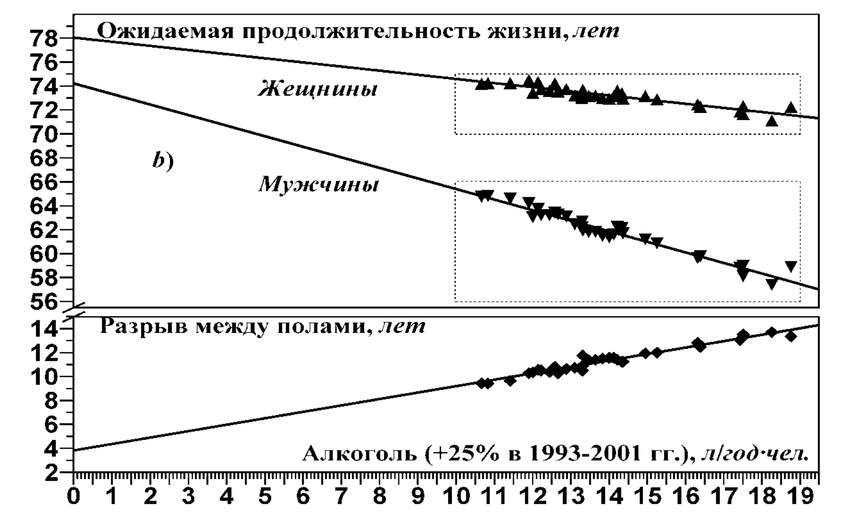
Однако добиться этого непросто, ибо на системные процессы, к каковым относится модернизация смертности, нельзя повлиять с помощью разовых акций. В этом смысле чистым экспериментом была антиалкогольная кампания 1985-87 гг., позволившая добиться резкого сокращения потребления алкоголя (примерно на четверть за пару лет) и заметного снижения смертности. Но уже с 1987 г. пошел откат, а к началу 90-х все и вовсе вернулось на круги своя.

---

[9] В силу прямой пропорциональности между эффективным и реальным потреблением в ноль они обращаются одновременно.

Рис. 5. Связь эффективного потребления алкоголя и ожидаемой продолжительности жизни





ПРИМЕЧАНИЕ: Рис. *a* – детерминация продолжительности жизни эффективным потреблением. Графики, изображенные сплошной линией, рассчитаны на основе регрессионных зависимостей, приведенных на рис. 1.

Рис. *b* – экстраполяция к нулевому потреблению данных за 1970–2001 гг. При сохранении линейной зависимости продолжительности жизни

от эффективного потребления полной трезвости будет соответствовать продолжительность жизни женщин в 78,1±0,4 *года*, мужчин – в 74,2±0,5 *года*, а разрыв между полами составит 3,8±0,3 *года*. Пунктирными рамками показаны области построения графиков на рис. 1.

Чтобы разобраться в причинах быстрого завершения антиалкогольной кампании и недолговременности ее эффекта, необходимо, в первую очередь, рассмотреть динамику структуры потребления спиртных напитков (см. Рис. 6).

Помимо алкоголя *коммерческого*, т.е. легально производимого, продаваемого и регистрируемого государственной статистикой, в нашей стране всегда потреблялось значительное количество алкоголя *некоммерческого* и, соответственно, никак прямо не регистрируемого, – в первую очередь самогона, а также технического спирта и различных алкогольных суррогатов (Заиграев 2002).

В течение десятилетия 1975–1984 гг. ежегодное душевое потребление коммерческого алкоголя составляло чуть более 10 л, а некоммерческого – 3–4 л. Результатом антиалкогольной кампании стало падение реализации коммерческого алкоголя до уровня порядка 5 л (в минимуме 1987 г. даже до 4 л). Однако одновременно произошел пропорциональный рост потребления некоммерческого алкоголя – до 7 л, несмотря на резкое усиление репрессивных мер.[10]

Хотя в абсолютном выражении потребление коммерческого алкоголя изменилось сильнее, чем некоммерческого, суммарный эффект кампании был в значительной степени смазан и ее продолжение уже не имело смысла. По мере того, как народ, приспосабливаясь к неуклюжим инициативам власти, во все больших количествах гнал самогон и очищал спиртосодержащие технические жидкости, относительная роль коммерческого алкоголя падала. Поэтому дальнейшее сокращение его реализации могло лишь еще сильней подстегнуть нелегальное производство без существенного влияния на общий уровень потребления. Это было чревато не только все большей девальвацией усилий, направленных на борьбу с зеленым змием, и быстрым ростом преступности, но и окончательной утратой государством контроля над важнейшим источником бюджетных доходов.

Нерегистрируемое потребление здесь рассчитано как разность между полным и регистрируемым. Его рост в 90-е годы связан с

[10] Количество лиц, привлеченных к ответственности за самогоноварение в СССР, ежегодно удваивалось на протяжении 1985-88 гг. и составило за эти 4 года в сумме приблизительно 1,2 млн. чел. (Заиграев 2002; Немцов 1995; Кирющенко, Петрова 1998).

утратой государством контроля над реализацией коммерческого алкоголя и частичным переходом последнего в категорию нерегистрируемого. О погрешностях, вызванных этим процессом, позволяет судить «вилка», возникающая в официальных данных в 1995 г., когда одновременно применялись как старая, так и новая методики регистрации.

Рис. 6. Изменение структуры потребления алкоголя в России

ПРИМЕЧАНИЕ: До антиалкогольной кампании регистрируемое потребление превышало нерегистрируемое примерно втрое. А в ее ходе первое в два раза сократилось, а второе во столько же раз выросло, в результате чего уже в 1986 г. они сравнялись, и в дальнейшем большая часть потребляемого алкоголя уже не регистрировалась официальной статистикой.

Сколь значим был алкоголь для отечественной экономики и сколь существенным было влияние на нее антиалкогольной кампании, позволяют судить следующие цифры.

В 1980 г. объем производства алкогольных напитков в СССР составлял 11,5% от величины валового национального продукта, а в 1987 г. – только 4,4% (при том, что дефицит государственного бюджета в этом году достиг 6,6% ВНП). Производство товаров народного потребления на душу населения в СССР выросло за 1980-87 гг. на 94 руб. (7,5%) при одновременном падении производства алкоголя на 140 руб. (Госкомстат СССР 1991). Если бы на

этом промежутке времени его производство оставалось неизменным, то прирост душевого производства всех товаров народного потребления оказался бы в 2,5 раза больше зафиксированного.

В России в 1980 г. свыше 21% производимых товаров народного потребления составляли алкогольные напитки, на приобретение которых тратилось около 14% денежных доходов населения. При этом на спиртное приходилось более трети (!) всех реализуемых через государственную и кооперативную торговлю продовольственных товаров, а его доля во всем розничном товарообороте превышала 18% (Госкомстат РСФСР 1991).

В свете сказанного становятся понятна скоротечность антиалкогольной кампании. Как начинание, губительное для финансов государства, она была свернута опомнившимися властями. Но случилось это уже после ее провала как мероприятия по борьбе с пьянством. И хотя в течение нескольких лет после ее завершения реализация коммерческого алкоголя оставалась на уровне показателей 1986 г., полное потребление продолжало расти.

Антиалкогольная кампания не решила своей главной задачи – стабильно снизить потребление спиртного. Для этого было бы необходимо не просто лишить людей возможности пить, но избавить их от этой потребности, предложив взамен достижимые и приемлемые жизненные цели. И мало спасти людей от алкогольной смертности, надо защитить их и от прочих ее факторов, с которыми они неизбежно столкнутся в дальнейшей жизни. Наконец, мало суметь решить те или иные конкретные проблемы, необходимо иметь работающий механизм, который бы мог бы адаптироваться для решения постоянно возникающих новых проблем. Ни чего этого сделать так и не удалось.

Обратим внимание еще на одно принципиальное обстоятельство. Российские реформы сопряжены с бо́льшим падением жизненного уровня населения, чем во время Великой депрессии в США (Иноземцев 2000). Но в плане изменения продолжительности жизни они эквиваленты увеличению потребления спиртного всего-навсего на четверть (т.е. ровно настолько, насколько удалось уменьшить его в ходе антиалкогольной кампании). С одной стороны, это очерчивает те пределы, в которых государство способно влиять на системные факторы в демографической сфере, а с другой – показывает соотношение масштабов наших традиционных и новоприобретенных проблем.

Алкогольно-обусловленные причины смертности

Мало-мальски достоверных официальных данных о потреблении алкоголя в России не существует. А использованный выше временной ряд, рассчитанный А.В. Немцовым, заканчивается 2001 г. (в неопубликованных работах – 2002 г.) и, по словам его автора, не может быть далее продолжен из-за того, что используемая методика утрачивает надежность. Кроме того, даже если бы этот временной ряд удалось продлить, есть основания полагать, что величина добавки для пересчета реального потребления к эффективному в последние годы должна была несколько уменьшиться, т.к. страна постепенно оправляется от наиболее тяжких экономических последствий реформ.[11]

Сказанное означает, что для дальнейшего анализа связи пития и бытия необходимо использовать какие-то характеристики алкоголизации, не опирающиеся прямо на трудноизмеримое в наших условиях потребление алкоголя. Оказывается, что с такой ролью очень хорошо справляется величина смертности от случайных отравлений алкоголем[12] (здесь и далее смертность по причинам смерти – по данным следующих источников: Милле и др. 1996; Госкомстат РФ 2005). Изменение смертности по этой причине без всяких коррекций «на реформы» почти полностью обуславливает вариацию продолжительности жизни (см. рис. 3) при том, что на алкогольные отравления приходится по официальным данным[13] в среднем 1,6±0,4% всех смертей в России. Хвост виляет собакой! На данную причину приходится от 0,7% (1988 г.) до 2,4% (1994 г.) годового количества зарегистрированных в России смертей.

[11] Например, конечное потребление на душу населения уже в 2001 г. превысило уровень 1992 г. ($5 625 против $5 600 в ценах и по ППС 1996 г.) (Нижегородцев и др. 2003).

[12] Вопреки широко распространенному мнению, алкогольные отравления, как правило, связаны с количеством принятого «на грудь», а вовсе не с его качеством (Нужный, Савчук 2005; Харченко и др. 2005). Поэтому смертность от отравлений может претендовать на роль индикатора общего уровня алкоголизации.

[13] Из-за того, что смерть от алкогольного отравления считается у нас постыдной, официальные показатели смертности по этой причине занижены приблизительно на 40% (Немцов 2004). Однако если положить этот фактор более или менее постоянным, то в рамках линейного анализа можно не вводить учитывающих его поправок и оперировать официальными данными. При этом возможный недоучет отравлений окажет влияние лишь на параметры регрессионной модели, но не на ее предсказания или коэффициент детерминации.

Рис. 7. Продолжительность жизни полов в зависимости от общего количества смертей по причине случайного отравления алкоголем



ПРИМЕЧАНИЕ: Изменением общей смертности от алкогольных отравлений в рамках линейной регрессии объясняется свыше 91% изменения продолжительности жизни женщин и свыше 92% – мужчин. Экстраполяция зависимостей к нулевому уровню отравлений дает продолжительность жизни в 75,3±0,1 года для женщин и 66,9±0,3 года для мужчин.

Сразу оговоримся, что рассмотрение связи между продолжительностью жизни, являющейся интегральной мерой возрастных коэффициентов смертности, и смертностью же (пусть и по какой-то одной конкретной причине) есть процедура потенциально некорректная. Если распределение смертей по различным причинам при ухудшении или улучшении жизненных условий изменяется неким соразмерным образом, то общую картину можно восстановить даже по одному не очень значительному фактору. В таком случае

выявленная зависимость окажется тривиальной и бессодержательной.

Чтобы убедиться в том, что сформулированная гипотеза не соответствует действительности, рассмотрим связь между продолжительностью жизни и смертностью по следующим причинам, на которые суммарно приходится в среднем 80±3% годового количества смертей:

- от новообразований (15±2%);
- от болезней системы кровообращения (54±3%);
- от болезней органов дыхания (6,7±2,2%);
- от болезней органов пищеварения (3,0±0,4%);
- от некоторых инфекционных и паразитарных болезней (1,7±0,4%).

Наибольшую корреляцию с продолжительностью жизни демонстрирует смертность от болезней системы кровообращения и органов пищеварения. Изменение смертности по каждой из этих причин в 1970–2005 гг. позволяет в рамках линейной регрессионной модели объяснить почти 2/3 дисперсии ожидаемой продолжительности жизни мужчин и чуть более 1/2 – женщин. Остальные из перечисленных причин смертности, являющиеся в меньшей степени алкогольно-обусловленными, соответственно, и продолжительность жизни детерминируют хуже. Но даже при совместном учете в рамках множественной регрессии сразу всех пяти названных выше причин «дотянуть» коэффициент детерминации хотя бы до 90% не удается (получаются значения 86% для мужчин и 83% – для женщин). А изменение смертности только от алкогольных отравлений объясняет свыше 90% дисперсии продолжительности жизни россиян (см. Примечание к рис. 3).

Более того, коэффициент «алкогольной» детерминации можно ощутимо увеличить, введя в регрессионную модель смертность от убийств в качестве второй переменной. Поскольку в России порядка 2/3 всех убийств совершаются в состоянии алкогольного опьянения, этот фактор смертности можно с известной натяжкой также считать алкогольно-обусловленным.[14]

Динамика продолжительности жизни, рассчитанной с помощью такой множественной регрессионной модели, представлена на Рис. 8. Совпадение с реальностью является практически идеаль-

---

[14] Если процент убийств, совершаемых по пьянке, неизменен во времени, то в рамках линейного анализа без потери общности можно положить, что все убийства совершаются под влиянием алкоголя. А наличие неалкогольных убийств будет учтено коэффициентами регрессионных зависимостей.

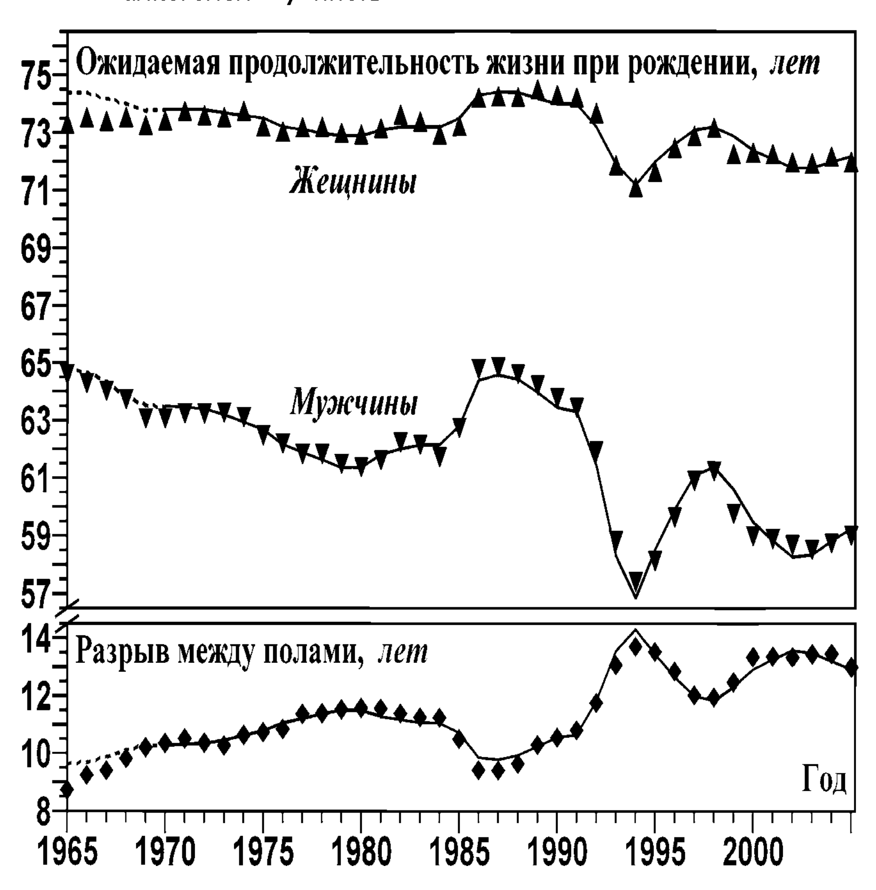
ным при том, что на две указанные причины приходится в среднем всего 3,0±0,7% годового количества смертей.

Отметим, что предсказывать изменение продолжительности жизни как мужчин, так и женщин удается на основе показателей смертности от алкогольно-обусловленных причин без разделения по полам. Это означает значимость не гендерных особенностей, а именно алкоголя как первопричины сверхсмертности.

Предсказания регрессии, построенной на данных за 1970–2005 гг., прекрасно экстраполируются на 1965–1969 гг. для мужчин, тогда как для женщин они на этом промежутке времени завышают продолжительность жизни на полгода–год (см. Рис. 8). Если же попытаться распространить область построения регрессии на данные за вторую половину 60-х годов, то коэффициент детерминации продолжительности жизни мужчин чуть-чуть увеличится (до 97,8%), а женщин - ощутимо уменьшится (до 84,3%). Все это говорит о том, что демодернизация мужской смертности началась раньше, чем женской, что не удивительно, если учесть алкогольную природу демографической демодернизации в России и большее пристрастие мужчин к выпивке.

Следует также обратить внимание на то, что регрессионные модели предсказывают значительно более благоприятные демографические показатели для нулевого потребления (см. подпись к Рис. 5*b*), нежели для нулевого уровня алкогольных отравлений (см. подпись к Рис. 7) или нулевого уровня отравлений и убийств (см. подпись к Рис. 8). Так происходит потому, что рассматриваемые факторы смертности связаны не просто с употреблением спиртного, а именно с пьянством (т.е. сверхпотреблением), и могут выступать в роли адекватных индикаторов потребления лишь в области его достаточно большой величины. Их гипотетический нулевой уровень соответствует хотя и умеренному по нашим меркам, но еще далеко не нулевому эффективному потреблению алкоголя (порядка 8 л / чел.·год). И если когда-нибудь произойдет сокращение потребления до меньших значений, смертность по причинам, имеющим, сильную алкогольную обусловленность, надо полагать, утратит способность детерминировать изменение продолжительности жизни.

Рис. 8. Детерминация продолжительности жизни россиян смертностью по причинам случайных отравлений алкоголем и убийств



ПРИМЕЧАНИЕ: Сплошной линией показаны предсказания множественной линейной регрессии по смертности от алкогольных отравлений и убийств за 1970–2005 гг., а пунктирной – экстраполяция ее предсказаний на вторую половину 60-х годов. Коэффициент детерминации составляет 92,3% для продолжительности жизни женщин, 97,7% – мужчин и 96,8% для разницы в продолжительности жизни полов. Среднеквадратичное отклонение данных от предсказаний (на промежутке 1970–2005 гг.) – около 0,3 года, максимальное – 0,8 года.

Суммарный вклад в общую смертность россиян рассматриваемых причин варьируется от 1,5% (1987 г.) до 4,5% (1994 г.). Их нулевому уровню соответствовала бы продолжительность жизни женщин в 75,3±0,1 года, мужчин – в 66,8±0,2 года и разрыв в 8,5±0,1 года, что практически совпадает с параметрами регрессионной модели, учитывающей только смертность от алкогольных отравлений (ср. с данными в подписи к Рис. 7).

Роль крепких напитков. Кросс-национальный анализ

Если от рассмотрения одной страны в динамике перейти к сопоставлению ситуации в разных странах, то даже в рамках одного региона не удается обнаружить никакой существенной корреляции между потреблением алкоголя и продолжительностью жизни. Дело в том, что разные страны существенно различаются между собой по типу потребления спиртного.

В одних странах люди предпочитают пиво, в других – вино, в третьих – водку. А основное влияние на смертность оказывает не само по себе питие, а «ударные» дозы крепких напитков. Принять опасное для здоровья количество этанола за короткое время тем проще, чем выше градус. Причем преимущественная склонность населения к слабым напиткам обычно означает, что и крепкие принимаются в виде низкоградусных коктейлей. Кроме того, в случае неразбавленных крепких напитков максимум опьянения наступает позже, из-за чего человек может увеличить принимаемую дозу. Наконец, если употребление пива или вина зачастую является частью трапезы, что естественным образом ограничивает разовую дозу и позволяет снизить концентрацию алкоголя в крови, то крепкие напитки, как правило, пьют как раз затем, чтобы добиться опьянения, пренебрегая при этом закуской (Немцов, Школьников 1999; Милле, Школьников 1999; Коротаев, Комарова, Халтурина 2007; Халтурина, Коротаев 2005, 2006; Заиграев 2002; Харченко и др. 2005).

Так как Россия является традиционно водочной страной с достаточно стабильным распределением потребления по разным видам напитков, до сих пор было непринципиально, оперировать ли полным потреблением алкоголя или потреблением одних только крепких напитков. Однако при кросс-национальном анализе целесообразно уже принимать в расчет не весь объем потребляемого спиртного, а лишь ту его часть, которая приходится на крепкие напитки. Рассмотрим связь между их потреблением и ожидаемой продолжительностью жизни при рождении для жителей европейских стран.

Разные страны различаются между собой отнюдь не только уровнем алкоголизации, но и многими другими параметрами. Поэтому, чтобы максимизировать отношение сигнал/шум, надо выбрать, по возможности, те величины, которые наиболее чутко реагируют на алкогольные факторы. Коль скоро мужчины более пристрастны к хмельному, особенно крепкому, сосредоточимся на продолжительности их жизни, а также на их отставании по этому показателю от женщин. Как уже показало изучение российской динамики, эти показатели в наибольшей степени детерминируются алкоголем.

Для анализа потребления спиртных напитков была использована база данных Всемирной организации здравоохранения (WHO 2007), содержащая раздельную информацию по выпиваемым пиву, вину и крепким напиткам для большинства стран мира[15]. К сожалению, в этой базе, основывающейся на показателях официальной алкогольной статистки, не учтен нелегально производимый или продаваемый алкоголь, объемы потребления которого в некоторых странах сопоставимы с регистрируемым потреблением. Оценки объемов нерегистрируемого алкоголя, относящиеся ко времени после 1995 г., были взяты из следующих работ: Alcohol per capita consumption 2001; Cnossen 2007.[16]

Если учесть, что самыми высокими налогами обычно облагаются именно крепкие напитки, именно они имеют наименьшую себестоимость на градус и именно их потребитель наименее требователен к качеству продукта, не будет большой ошибкой предположить, что весь нелегальный алкоголь – крепкий. Исходя из чего, объем спиртного, потребляемого в виде крепких напитков, рассчитывался как сумма регистрируемого значения в этой графе и объема всего нерегистрируемого алкоголя.

Разумеется, такая оценка не может претендовать на высокую надежность. Но, в то же время, она вряд ли может быть существенно улучшена. Единственный источник погрешностей, который устраним без привлечения дополнительных предположений, связан с возможностью быстрого изменения ситуации во времени

---

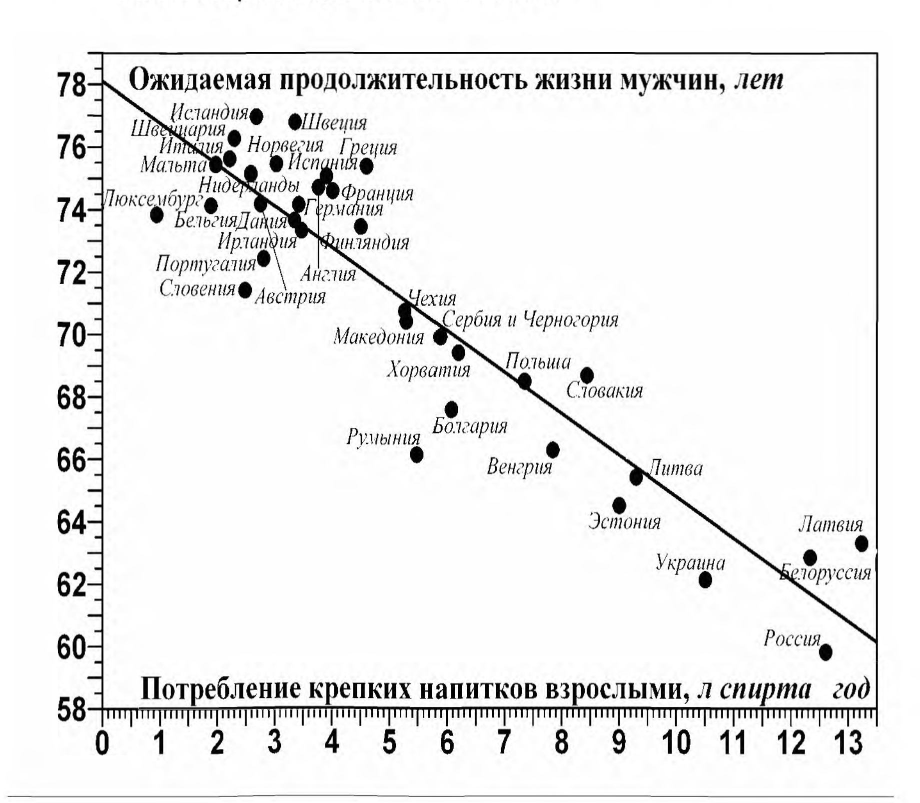
[15] Данные этой базы по потреблению спиртного в Словакии, не согласующиеся ни с одним другим источником, были сочтены завышенными. Они, а также отсутствующие в базе данные по Сербии и Черногории оценены на основе данных ФАО (*Food and Agriculture Organization of the United Nations*).

[16] Эти источники частично перекрываются, имея единственное расхождение по Словакии, для которой были использованы данные более поздней работы (Cnossen 2007). Оценка нерегистрируемого алкоголя для Сербии и Черногории была найдена усреднением по соседним странам соответствующих значений, имеющих сравнительно небольшой разброс.

(особенно – в восточноевропейских странах). Чтобы уменьшить влияние этого обстоятельства, как алкогольные, так и демографические показатели, использованные для анализа, были усреднены за 1995-2000 гг.

Из рассмотрения были исключены Албания и Босния и Герцеговина, имеющие значительный процент мусульманского населения, а также Молдавия, для которой сколь-либо достоверная информация об уровне потребления отсутствует в принципе. Данные для остальных 35 европейских стран приведены в таблице. А Рис. 9 показывает ожидаемую продолжительности жизни при рождении для мужчин и разницу в продолжительности жизни полов в зависимости от потребления крепких напитков в пересчете на чистый спирт, приходящийся на людей старше 15 лет.

Рис 9. Потребление крепких напитков и продолжительность жизни европейцев в 1995-2000 гг.





ПРИМЕЧАНИЕ: В рамках линейной регрессии 84% дисперсии ожидаемой продолжительности жизни мужчин при рождении и 72% дисперсии разрыва в продолжительности жизни полов объясняется изменением потребления спирта в виде крепких напитков. При этом каждый литр спирта, ежегодно принимаемый в такой форме жителем Европы старше 15 лет, сокращает жизнь европейского мужчины на 1,3±0,1 года и увеличивает разрыв между полами на 0,6±0,1 года. Нулевому потреблению крепких напитков соответствуют продолжительность жизни мужчин, равная в 78,0±1,0 года, и разрыв в 4,0±0,4 года.

Расположение стран вдоль зависимостей на Рис. 9 может определять также и геоклиматический фактор. Чем северней или восточней европейская страна, тем она холоднее. Соответственно, тем больше приходится пить «для сугреву» и тем хуже условия для возделывания культур, необходимых для производства вина или пива. Не случайно массовое потребление крепких напитков типично как раз для Северной и Восточной Европы, в части стран которой оно было преодолено только в результате продуманной и долговременной алкогольной политики (Халтурина, Коротаев 2005, 2006; Харченко и др. 2005; см. также Введение к данной книге).

Таблица 1. Алкогольные и демографические показатели европейских стран в 1995-2000 гг.

Страна	*Потребление взрослыми спирта в форме крепких напитков, л / год·чел.*			*Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет*	
	регистрируемое	*нерегистрируемое*	*всего*	*мужчины*	*разрыв между полами*
Австрия	1,8	1,0	2,8	74,2	6,4
Англия	1,8	2,0	3,8	74,7	5,0
Белоруссия	7,4	4,9	12,3	62,9	11,5
Бельгия	1,4	0,5	1,9	74,1	6,5
Болгария	3,1	3,0	6,1	67,6	7,1
Венгрия	3,8	4,0	7,8	66,3	8,9
Германия	2,4	1,0	3,4	74,2	6,3
Греция	2,6	2,0	4,6	75,4	4,8
Дания	1,4	2,0	3,4	73,7	4,9
Ирландия	2,5	1,0	3,5	73,3	5,4
Исландия	1,7	1,0	2,7	77,0	4,2
Испания	2,9	1,0	3,9	75,1	7,1
Италия	0,7	1,5	2,2	75,6	6,2
Латвия	6,2	7,0	13,2	63,3	11,5
Литва	4,4	4,9	9,3	65,4	11,0
Люксембург	1,9	–1,0	0,9	73,8	6,7
Македония	2,4	2,9	5,3	70,4	4,4
Мальта	1,7	0,3	2,0	75,4	4,4
Нидерланды	2,1	0,5	2,6	75,1	5,4
Норвегия	1,0	2,0	3,0	75,5	5,6
Польша	4,4	3,0	7,4	68,5	8,5
Португалия	1,8	1,0	2,8	72,4	7,1
Россия	7,7	4,9	12,6	59,8	12,7
Румыния	1,5	4,0	5,5	66,1	7,5
Сербия и Черногория	2,4	3,5	5,9	69,9	4,9
Словакия	3,4	5,0	8,4	68,7	8,2
Словения	1,2	1,3	2,5	71,4	7,6

Страна	Потребление взрослыми спирта в форме крепких напитков, л / год·чел.			Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	
	регистрируемое	нерегистрируемое	всего	мужчины	разрыв между полами
Украина	2,5	8,0	10,5	62,1	11,1
Финляндия	2,5	2,0	4,5	73,4	7,2
Франция	3,0	1,0	4,0	74,6	7,7
Хорватия	1,7	4,5	6,2	69,4	7,5
Чехия	4,3	1,0	5,3	70,7	6,9
Швейцария	1,8	0,5	2,3	76,3	6,0
Швеция	1,4	2,0	3,4	76,8	5,0
Эстония	4,0	5,0	9,0	64,5	11,3

Как бы там ни было, но не вызывает сомнения то, что исторически и географически разные группы европейских стран заметно отличаются друг от друга одновременно по величине алкоголизации и смертности.

В 1980 г. советские республики отличает не только экстремально высокая даже по сравнению с восточными соседями относительная смертность мужчин трудоспособных возрастов, но и расположение ее максимума вблизи 35 лет. Максимум отношения для соцстран стран менее отчетлив или смещен к более поздним возрастам.

За 20 лет Россия и Украина «ушли в отрыв» от Латвии и Литвы, для которых максимум отношения практически не изменился, а Венгрия, напротив, к ним приблизилась, но только в старших возрастах.

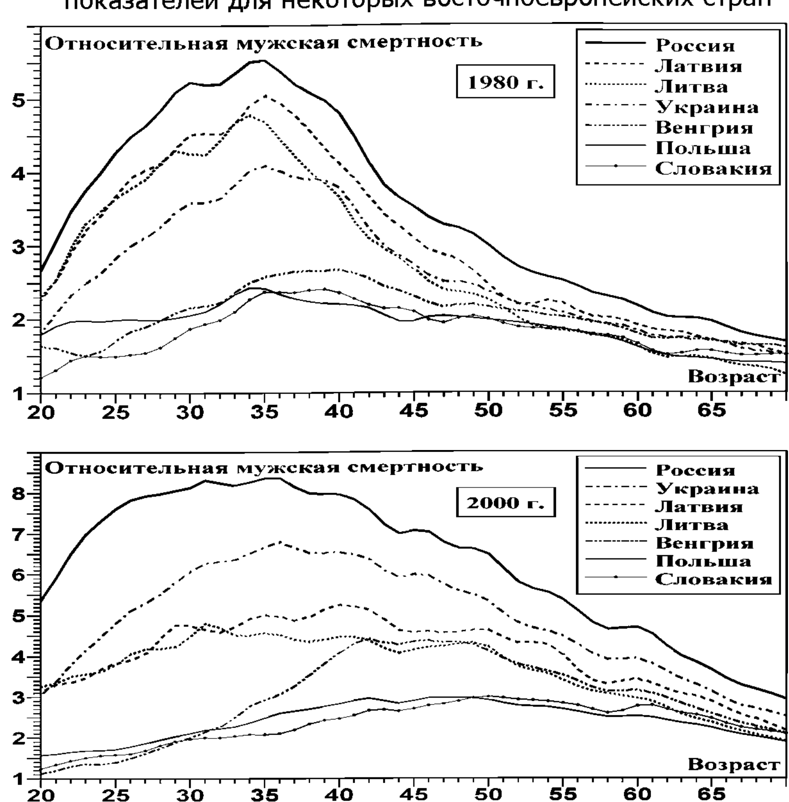
Произошло также заметное уширение графиков, обусловленное увеличением неалкогольной сверхсмертности в связи с реформами, которое для России и учитывалось с помощью перехода от реального потребления к эффективному.

Еще один отличительный признак советского наследия можно обнаружить при анализе возрастных коэффициентов мужской смертности. Сами по себе коэффициенты смертности являются не очень наглядным объектом для изучения из-за экспоненциально быстрого роста их величины с возрастом. При этом различия коэффициентов для разных стран в конкретном возрасте оказываются малы в сравнении с диапазоном изменения самих коэффициентов. Чтобы избежать этого неудобства использовались не сами значения коэффициентов смертности, а их отношения к *эталонному уровню* (см. Рис. 10). В качестве эталона взято среднее пяти наименьших значений возрастного коэффициента смертности в данном году[17] по всем странам, для которых есть информация в использованных базах данных (HMD 2007; Human life-table database 2007). Причем данные были предварительно сглажены биномиальным фильтром 4-го порядка по возрасту и 2-го порядка по дате, чтобы устранить паразитные периодические составляющие, привнесенные, по всей видимости, способом расчета самих коэффициентов смертности.

Как видно из Рис. 10, российские показатели – как сравнительно недавние, так и четвертьвековой давности – разительно отличаются даже от показателей Венгрии, Польши и Словакии, население которых в наибольшей степени склонно к крепким напиткам (см. Рис. 9). Причем для России, как и для других постсоветских государств, характерна наиболее выраженная сверхсмертность еще очень молодых мужчин возраста около 35 лет, чего не наблюдается в других странах.

[17] Уровень смертности, установленный здесь в качестве эталонного, вообще говоря, является очень низким. Каждый родившийся когда-то умрет, из-за чего низкая смертность в одном возрасте, скорее всего, обернется высокой в другом – и наоборот. В результате эталон для различных возрастов может определяться значениями смертности в совершенно разных странах, и любой отдельно взятой стране непросто приблизиться к нему сразу во всех возрастах. Поэтому критерием серьезного отставания следует считать превышение отношением коэффициента смертности к эталону уровня порядка двойки.

Рис. 10. Мужская смертность относительно передовых показателей для некоторых восточноевропейских стран



Выводы

Модернизация смертности в России началась с большим отставанием от передовых стран мира. И если первый этап эпидемиологического перехода мы еще сумели одолеть, то второй оказался нам уже не по силам. Прекращение интенсивного развития страны немедленно обернулось выделением алкоголизации как практически единственного фактора, обуславливающего изменение смертности россиян со второй половины 1960-х годов по сию пору. Общий тренд потребления спиртного был растущим, вследствие чего модернизация смертности не просто прекратилась, а сменилась демодернизацией. Дополнительный вклад в ухудшение демографических показателей внесли социально-экономические реформы,

каковые в пересчете на алкоголь, однако, эквиваленты увеличению его потребления всего на четверть.

В условиях российского пьянства величинами, прекрасно объясняющими изменение ожидаемой продолжительности жизни, является также смертность по алкогольно-обусловленным причинам смерти – случайным отравлениям алкоголем и убийствам, на которые приходится сравнительно небольшая доля общего количества смертей.

Основное влияние на смертность оказывают крепкие спиртные напитки, уровень потребления которых очень хорошо коррелирует с продолжительностью жизни для европейских государств.

Отличительной чертой России и – в меньшей степени – других европейских республик бывшего СССР является экстремально высокая сверхсмертность мужчин сравнительно молодых возрастов, в то время как максимум относительной смертности мужчин в зарубежных странах Восточной Европы значительно ниже и приходится на более старшие возраста.

Библиография

Андреев Е. М., Дарский Л. Е., Харькова Т. Л. 1998. *Демографическая история России: 1927–1957*. М.: Информатика. Доступ: http://demoscope.ru/weekly/knigi/andr_dars_khar/adk.html.

Андреев Е. М., Харькова Т. Л. 2002. Незавершенность демографического перехода и демографические потери России. *Демографическая модернизация, частная жизнь и идентичность в России*. Москва, 27-28 февраля 2002 г. Тезисы докладов. Доступ: http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/konfer/konfer_04.html.

Болдов О. Н., Иванов В. Н., Розенфельд Б. А., Суворов А. В. 2002. Ресурсный потенциал социальной сферы в 90-е годы. *Проблемы прогнозирования* (1). Доступ: http://www.ecfor.ru/pdf.php?id=2002/1/04.

Венедиктов Д. Д. 1999. *Здравоохранение России: Кризис и пути преодоления*. М.: Медицина. Доступ: http://ethnocid.netda.ru/books/vened/krisis.htm.

Вишневский А. Г. 1998. *Серп и рубль: Консервативная модернизация в СССР*. М.: ОГИ. Доступ: http://demoscope.ru/weekly/knigi/s&r/vishnevskiy.html.

Вишневский А. Г. 1999. Демографическая модернизация России и ее противоречия. *Мир России*. 1999. Т.VIII, №4(24), с.5-22. Доступ: http://www.rus-lib.ru/book/30/eko/02/02-4/005-014.html.

Вишневский А. Г. 2006. (Ред.). *Население России 2003–2004. Одиннадцатый-двенадцатый ежегодный демографический доклад*. М.: Наука. Доступ: http://demoscope.ru/weekly/knigi/ns_r03_04/ sod_r.html.

Вишневский А.Г., Школьников В.М. 1997. *Смертность в России: Главные группы риска и приоритеты действий*. М.: Московский Центр Карнеги. Доступ: http://demoscope.ru/weekly/knigi/vish&shkol/smertnost.html.

Гильбо Е. В. 2007. *Реформа российского здравоохранения – куда имеет смысл двигаться?* Доступ: http://www.opec.ru/analize_doc.asp?d_no=45721.

Госкомстат РФ. 2005. *Смертность по основным классам причин смерти*. М.: Госкомстат РФ. Доступ: http://www.gks.ru/free_doc/2005/b05_13/04-30.htm.

Госкомстат РСФСР. 1991. *Народное хозяйство в РСФСР в 1990 г.* М.: Республиканский информационно-издательский центр.

Госкомстат СССР. 1991. *Народное хозяйство СССР в 1990 г*. М.: Финансы и статистика. Доступ: http://publ.lib.ru/ARCHIVES/_NIT_EKO/Nar._hoz._SSSR_v_1990_g.[djv].zip.

Заиграев Г. Г. 2002. Особенности российской модели потребления некоммерческого алкоголя. *Социологические исследования* (12): 33-41. Доступ: http://socis.isras.ru/SocIsArticles/2002_12/Zaigraev.doc

Иноземцев В.Л. Пределы «догоняющего» развития. – М.: Экономика, 2000. – 295 с. http://www.postindustrial.net/doc/books/book10.zip

Кагарлицкий Б. Ю. 2004. *Периферийная империя: Россия и миросистема*. М.: УльтраКультура.

Кирющенко А.Г., Петрова Ф.Н. 1998. Антиалкогольная правовая политика и антиалкогольное законодательство Советского государства: Уроки истории и пути совершенствования. – СПб.: Санкт-Петербургский университет МВД России, 1998. http://optimalist.narod.ru/pet.doc.

Коротаев А. В., Комарова, Н. Л., Халтурина, Д. А. 2007. *Законы истории. Вековые циклы и тысячелетние тренды. Демография. Экономика. Войны*. М.: КомКнига/УРСС.

Милле Ф., Школьников В. Ф. 1999. Смертность в России: затянувшееся отставание. *Мир России* 8(4): 138–162.

Милле Ф., Школьников В. М., Эртриш В., Валлен Ж. 1996. *Современные тенденции смертности по причинам смерти в России 1965-1994: Эпидемиологический кризис в странах бывшего СССР*. М.: ЦДЭЧ. Доступ: http://demoscope.ru/weekly/knigi/shkol/shkol.html.

Немцов А. В. 1995. Есть такая наука – алкология. *Природа* (11). Д http://vivovoco.rsl.ru/VV/PAPERS/NATURE/VV_SC4_W.HTM.

Немцов А. В. 2001. *Алкогольная смертность в России. 1980 – 90-е годы*. М.: NALEX.

Немцов А. В. 2004. Когда же закончится марафон алкогольной смертности. *Демоскоп* 143-144. Доступ: http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0143/s_map.php.

Немцов А. В. 2006. Во власти зеленого змия. *Демоскоп* 263-264. Доступ: http://www.demoscope.ru/weekly/2006/0263/s_map.php.

Немцов А. В., Школьников В. М. 1999. Потери в связи с алкогольной смертностью в России в 1980-х-1990-х годах. *Новости науки и техники. Медицина* (5): 1–15. Доступ: http://adic.org.ua/sirpatip/mater-2/nemtsov/text.htm.

Нижегородцев Р. М., Болотин Б. М., Дорофеюк А. А., Чернявский А. Л. 2003. Страны с переходной экономикой: Корреляционный анализ экономической динамики. *Информационная экономика и динамика переходных процессов*. М: Бизнес–Юнитек. С. 4-39. Доступ: http://ec.asu.ru/lib/sborn/infec2003/pdf/1.pdf.

Нужный В. П., Савчук С. А. 2005. Алкогольная смертность и токсичность алкогольных напитков. *Партнеры и конкуренты* (5): 18–26, (6): 27–35, (7): 24–31, (8): 15–21. Доступ: http://www.demoscope.ru/weekly/2006/0263/analit01.php.

ОПЖ. 2007. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, 1960-2003 / 40 промышленно развитых стран мира. *Демоскоп. Приложение*. Доступ: http://demoscope.ru/weekly/app/app40e0.php.

Тишук Е. А. 2004. Если я заболею. *Почему вымирают русские: Последний шанс* / Ред. И.В. Бестужев-Лада. М.: Эксмо, Алгоритм-книга, 2004. http://ethnocid.netda.ru/books/pvr5.htm.

Халтурина Д. А., Коротаев А. В. 2005. Алкоголизация и наркотизация как важнейшие факторы демографического кризиса в России. *Демоскоп* 227. Доступ: http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0227/analit03.php

Халтурина Д. А., Коротаев А. В. 2006. *Русский крест: Факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России*. М.: КомКнига/УРСС.

Харченко В. И., Найденова Н. Г., Буромский И. В., Корякин М. В., Вирин М. М., Ундрицов В. М. 2005. Острая интоксикация этиловым спиртом, а не его суррогатами – основная причина смертельных отравлений алкоголем в России. *Наркология* (10): 50-59. Доступ: http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0227/ analit04.php

Хохряков Г. Ф. 2000. Организованная преступность в России: 60-е – первая половина 90-х годов. *Общественные науки и современность* (6): 62-74. Доступ: http://ecsocman.edu.ru/ons/msg/148712.html

Alcohol per capita consumption. 2001. Alcohol per capita consumption, patterns of drinking and abstention worldwide after 1995. Appendix 2. *European Addiction Research* 7(3): 155-157. Доступ: http://content.karger.com/ ProdukteDB/produkte.asp?Aktion=ShowPDF&ProduktNr=224233&Ausgabe=227135&ArtikelNr=50734.

Arias E. 2004. United States life tables, 2002. *National Vital Statistics Reports* 53(6). Доступ: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr53/nvsr53_06.pdf.

CIA. 2007. *Central Intelligence Agency World Factbook*. Доступ: http://library.louisville.edu/government/goodsources/ factbook.html.

Cnossen S. 2007. *Alcohol taxation and regulation in the European Union*. CESifo working paper No. 1821. Доступ: http://www.cesifo.de/~DocCIDL/cesifo1_wp1821.pdf.

HLD. 2007. The human life-table database. Доступ: http://www.lifetable.de

HMD. 2007. *The Human Mortality Database*. Доступ: http://www.mortality.org

Human Life-Table Database. 2007. Доступ: http://www.lifetable.de.

OECD 2006. *OECD Health Data: Frequently Requested Data*. Paris: OECD. Доступ: http://www.oecd.org/dataoecd/20/51/37622205.xls.

U.S. Census Bureau. 2007. U.S. Census Bureau International data base. Доступ: http://www.census.gov/ipc/www/idbnew.html.

WHO. 2007*a*. *Adult per capita alcohol consumption in liters of pure alcohol per adult (15 years+)*. World Health Organization. Доступ: http://www3.who.int/whosis/alcohol/AdultPCConsumption_all.xls.

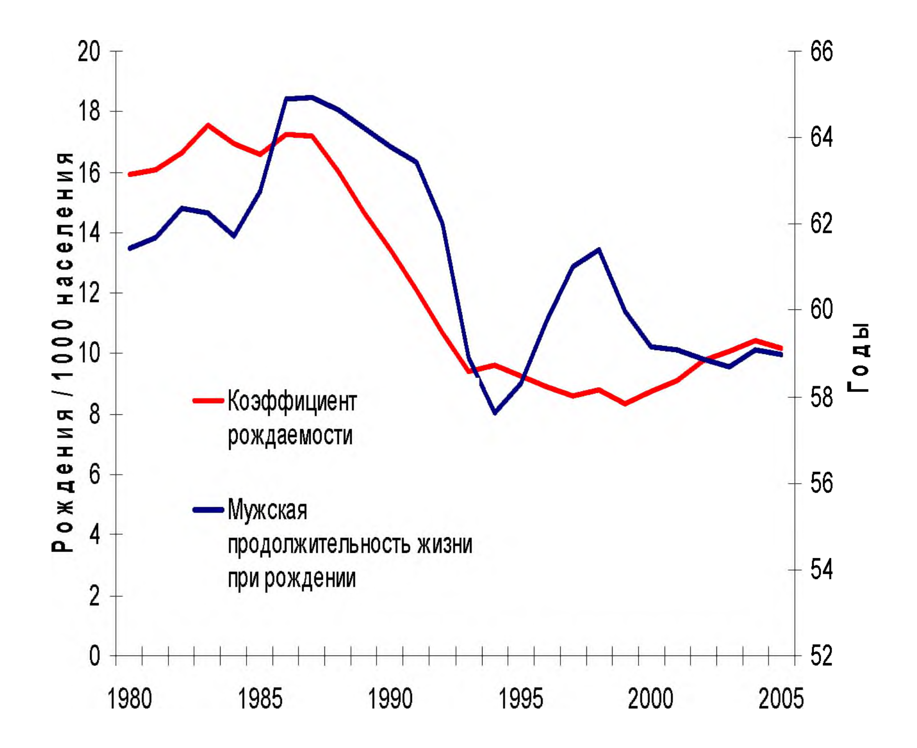
WHO. 2007*b*. *World Health Organization statistical information system*. Доступ: http://www3.who.int/whosis.

Здоровье россиян: что нужно предпринять, чтобы изменить ситуацию к лучшему

Мартин МакКи

Россия испытывает беспрецедентное увеличение уровня смертности в сочетании с падением показателей рождаемости, которые находятся ниже достаточных для восстановления естественной убыли населения (см. Рис. 1):

Рис. 1. Российский демографический кризис

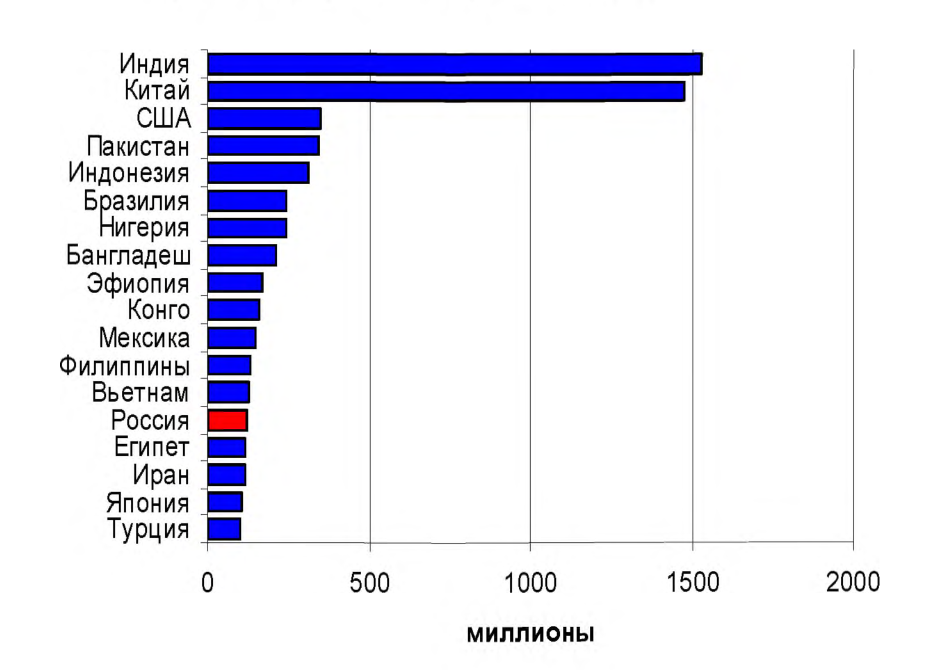


Хотя казалось, что ухудшение ситуации со средней продолжительностью жизни и уровнем рождаемости закончилось в 2004 году, данные по 2005 году показывают, что до полноценного восстановления нам еще далеко.

До сих пор много внимания уделялось одной стороне демографической ситуации, низкому уровню рождаемости, но очень важно, чтобы мы внимательно взглянули на другую сторону проблемы, уровень смертности. Можно прямо сказать, что население России умирает слишком рано. В своем докладе сегодня я постараюсь показать, что это имеет ряд важных последствий для будущего этой станы.

Первым, и самым очевидным фактом, является то, что население России сокращается. С начала 1990-х, население России сократилось на 6 миллионов человек до 143 миллионов. Если эта тенденция продолжится, то к 2050 году население России составит меньше 100 млн. человек, что будет меньше, чем в Египте, Вьетнаме или даже Уганде (см. Рис. 2):

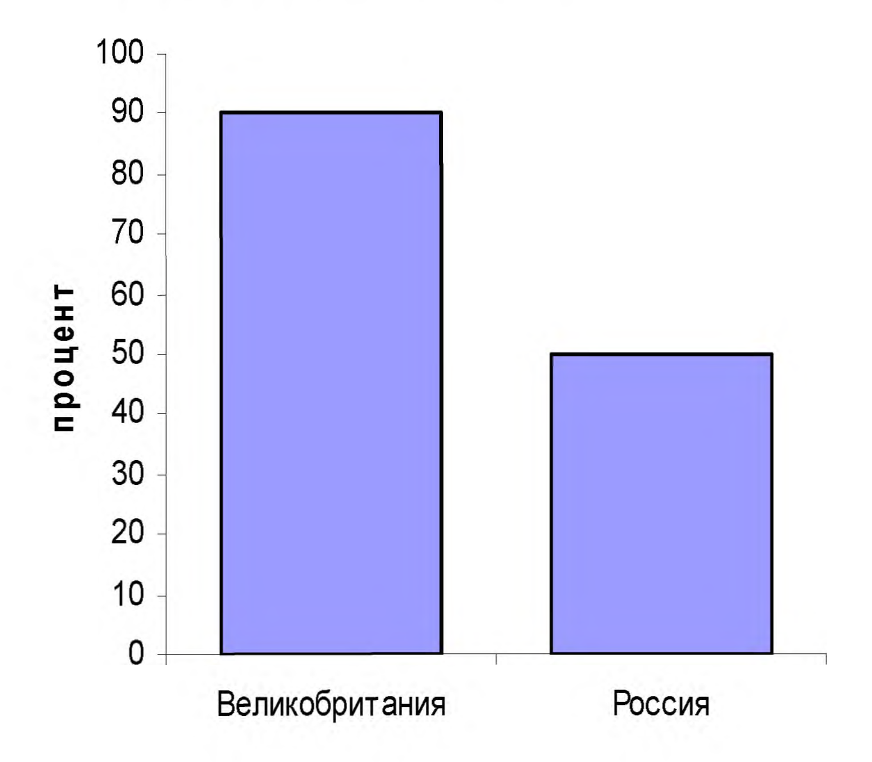
Рис. 2. Страны с населением более чем 100 миллионов: проекция современных трендов на 2050



Высокий уровень смертности сыграл, и может продолжить играть важную роль в процессе сокращения населения России. Согласно некоторым оценкам, население России было бы на данный момент на 17 миллионов выше, если бы , в период с 1960-х до 2004 г. уровень и модель смертности разных возрастов населения были бы такими же, как в 15 странах ЕС.

Меньшее население означает меньшее число работников. Если тенденция сохранится, то численность трудоспособного населения России будет продолжать уменьшаться, в первую очередь из-за высокого уровня смертности среди мужского населения рабочего возраста. Выпускник школы в Великобритании имеет 90% шансов дожить до пенсии. В России же его шансы равны 50% (Рис. 3):

Рис. 3. Вероятность того, что выпускник школы доживет до пенсии в Великобритании и России



Россия так же терпит неудачу в использовании основного из применяемых в странах Запада способов увеличения численности трудоспособного населения, где пожилых работников сохраняют в общем объеме рабочей силы, продлевая срок выхода на пенсию. Здоровое население 60–70 лет могло бы стать значительной прибавкой к общей численности трудоспособного населения. Но, похоже, что Россия может оказаться не в состоянии использовать этот способ решения проблемы нехватки рабочей, так как это не позволит сделать плохое состояние здоровья тех россиян, которые доживают до пенсии, что относится не только к россиянам, но и к россиянкам. Наши исследования показали, что, несмотря на то, что российские женщины живут дольше мужчин, продолжительность их здоровой жизни не отличается от таковой у мужчин. Как сказал Б. Слуцкий, «то, что ломает стариков, сгибает старух».

Депопуляция России отрицательно влияет и на уровень безопасности. Во-первых, количество мужчин призывного возраста в ближайшие десятилетия будет сокращаться. Во-вторых, увеличивающийся военный бюджет должен выделять все больше денег для обеспечения медицинской помощи военнослужащим. В-третьих, экономический рост будет зависеть от численности здоровых и обученных молодых людей и людей среднего возраста, занятых на производстве, но потребности вооруженных сил сократят это число. И, наконец, уменьшение населения пограничных зон на Дальнем Востоке вероятно, может сказаться на безопасности России уже самым прямым образом.

Остальные докладчики будут на этой конференции говорить о том, почему столько много россиян умирает так рано. В частности они представят новые данные о колоссальном вреде, наносимом рискованным употреблением алкоголя. В сотрудничестве с нашими российскими коллегами мы недавно показали, что почти каждый двенадцатый мужчина трудоспособного возраста употребляет алкогольные суррогаты в виде одеколонов или жидкостей медицинского или технического назначения. Потребление таких жидкостей сопряжена с резким увеличением риска преждевременной смерти. К счастью, в настоящее время предпринимаются эффективные меры, направленные на предотвращение использования одеколонов в качестве суррогатных алкогольных напитков, но требуются также эффективные меры для предотвращения использования в этом качестве алкоголесодержащих квазимедицинских препаратов[1]. Однако это только первый шаг. Совершенно очевидно, что требу-

---

[1] Имеются в виду сомнительной медицинской ценности препараты типа знаменитой «настойки боярышника» – *прим. ред.*

ются скоординированные усилия для уменьшения наблюдающегося в настоящее крайне высокого уровня рискованного потребления обычных алкогольных напитков.

Тем не менее, основная часть моего доклада будет касаться проведенного нами ранее исследования влияния плохого состояния здоровья населения России на стоимость услуг здравоохранения и экономику, опубликованное в докладе Всемирного банка (Маркес и др. 2006).

Влияние болезней и увечий на ситуацию со здоровьем населения России поднимает два экономических вопроса. Во-первых, многие болезни требуют дорогостоящего и длительного медицинского лечения, а значит, надо выяснить, в какой степени российская система здравоохранения обременена стоимостью такого лечения. И второе, каковы экономические последствия высокой смертности среди молодого населения, а также проблем со здоровьем и нетрудоспособностью среди российских работников?

Начнем с высокой стоимости медицинского лечения. Оценка затрат на здравоохранение в двух российских регионах (Чувашская Республика и Кемеровская область) на 2003 год была проанализирована и экстраполирована на общероссийский уровень. Часть расходов, идущая на лечение различных заболеваний, равняется 13 миллиардов долларов США. Наш анализ показал, что особо крупные финансовые средства в России уходят на финансирование лечения неинфекционных заболеваний и травм. Четырьмя самыми «дорогостоящими» группами болезней были признаны болезни сердечно-сосудистой системы, респираторные заболевания, болезни, вызванные экзогенные факторами (умышленными и неумышленными травмами) и болезни пищеварительной системы (Рис. 4):

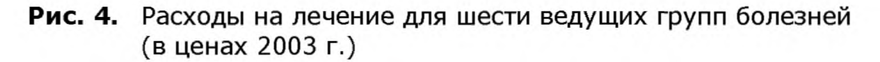
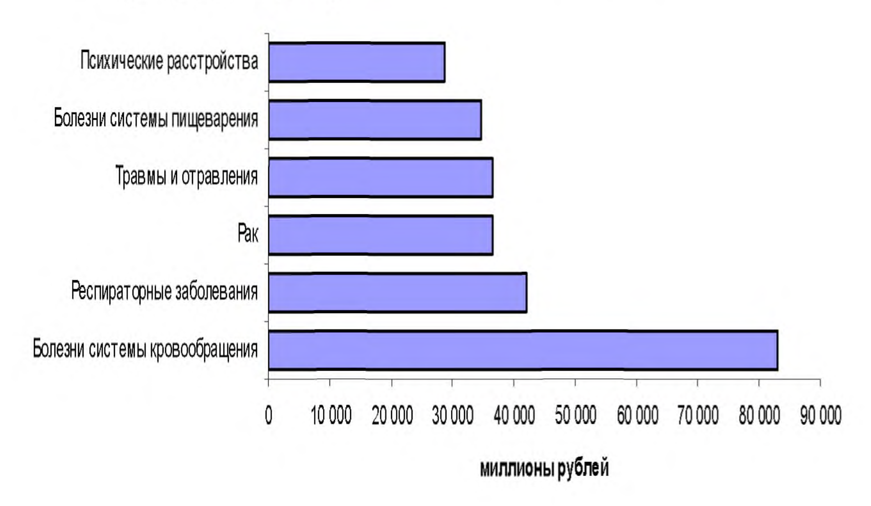


Рис. 4. Расходы на лечение для шести ведущих групп болезней (в ценах 2003 г.)



На них приходится 50% всех заболеваний, фиксируемых в России. Во всех случаях российское население страдает от них гораздо сильнее, чем население западных стран. Не говоря уже о неимоверных человеческих страданиях, стоящих за нетрудоспособностью и смертностью среди молодого населения, нельзя не отметить, что они выливаются в колоссальную сумму, которую приходится ежегодно оплачивать россиянам – обычным людям, налогоплательщикам, работникам. Тем не менее, соответствующие расходы на здравоохранение является лишь небольшой частью общих финансовых потерь. Недавно мы закончили крупное исследование по соотношению между состоянием здоровья и экономическим развитием в ЕС. Было показано, что львиная доля потерь здесь связана с тем очевидным обстоятельством, что больные люди менее способны к производительному труду. Они чаще по болезни не выходят на работу и рано уходят на пенсию. Если же они продолжают работать, то производительность их труда оказывается не очень высокой. Люди, чьи ожидания от жизни не очень высоки, зачастую, не видят смысла в своем образовании, что является очень важным, если речь идет о современной экономике, построенной на знаниях. Они также менее склонны к накоплению денег, что уменьшает объем средств, доступных для инвестирования в будущее экономическое развитие.

Что мы обнаружили, когда рассмотрели те же аспекты применительно к России? Здесь я кратко изложу наши основные результаты. Более детальное описание наших результатов вы можете найти в наших докладах (см., например: Маркес и др. 2006).

Я начну с экономических потерь от отсутствия на работе по болезни. Наши оценки (несмотря на их консервативность) позволяют говорить об очень значительном размер этих потерь: в среднем, в России на одного рабочего приходится по 10 пропущенных дней в год, в то время как в 15 странах ЕС их число меньше 8 (Рис. 5).

Отсутствие по болезни влечет за собой прямые расходы на пособия по болезни, выдаваемые отсутствующему работнику, а так же непрямую стоимость потерь от несовершенной работы. Общий размер этих потерь в России варьирует от 0,55% до 1,37% ВВП.[2]

Рис. 5. Среднее число рабочих дней, пропущенных по болезни, на одного работника в России (2000–2003 гг.) и 15 странах Европейского союза (2000 г.)



Все зависит от того, рассчитываем ли мы денежную величину через уровень средней зарплаты, что дает меньший результат, или напрямую через ВВП на душу населения, что дает больший результат. Какой бы способ мы не использовали, речь идет о колоссальных экономических потерях, но помимо этого проблемы со здоровьем наносят гигантский урон национальной экономике и другими путями, как например, через уменьшение производительности труда, на чем мы подробнее остановимся ниже.

[2] Т.е. 150 – 370 миллиардов рублей – *прим. ред.*

Проблемы со здоровьем также влияют на трудовые ресурсы, так как работники с хроническими заболеваниями, в отличие от здоровых, более склонны к раннему уходу на пенсию. В то время как гипотетический средний российский мужчина 55 лет с средним заработком и другими средними характеристиками предположительно должен уйти на пенсию в 59 лет, хроническая болезнь снизит этот срок на 2 года. Те же результаты имеются для женщин. Следовательно, хронические заболевания являются сильным фактором раннего ухода на пенсию в России. Эффект особенно заметен среди малообеспеченных людей, которые несут двойную ношу проблем со здоровьем. Во-первых, они более склонны к хроническим заболеваниям, а во-вторых, заболев, они испытывают более серьезные экономические последствия, нежели обеспеченные люди.

Теперь остановимся подробнее на потерях от снижения производительности труда. Мы провели ряд эмпирических исследований, использующих различные процедуры оценки. Все они показывают, что в России слабое здоровье гораздо сильнее влияет на уменьшение зарплаты, нежели в западных странах. Более конкретно, по данным многолетнего контрольного наблюдения за Россией мы установили, что здоровый мужчина получает на 22% больше, чем больной, в то время как та же схема для женщин показывает разницу в 18%. Данные исследований в масштабах страны по благосостояния семей показывают сходные результаты: здоровые мужчины поучают на 30% больше, а женщины на 18%, по сравнению с людьми с более слабым здоровьем.

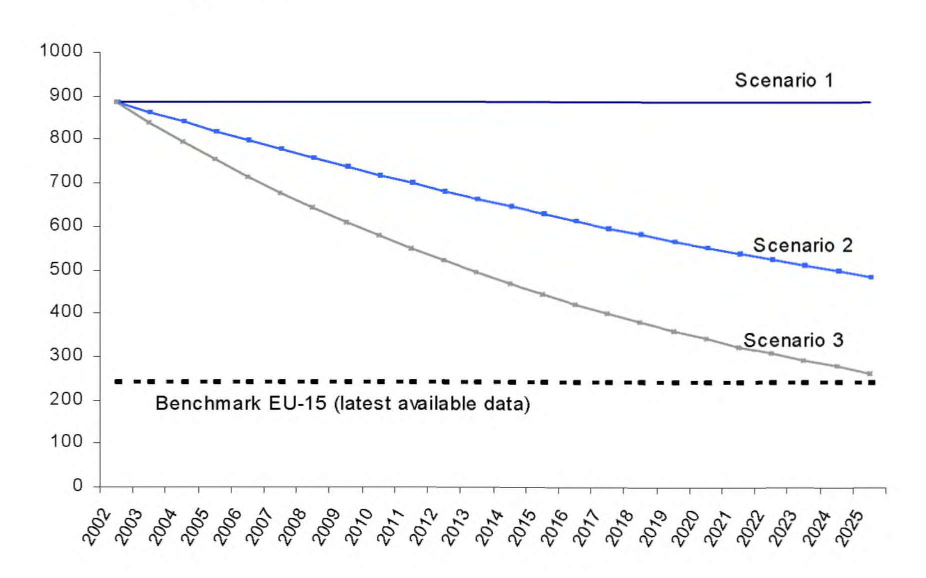
Особого внимания заслуживают экономические потери от чрезмерного потребления Россиянами алкоголя. Начнем с того, что вы не будете удивлены, узнав, что наш анализ данных, показывает, что алкоголизм значительно увеличивает вероятность быть уволенным. С другой стороны, мы все знаем о человеческих страданиях, которые приносит болезнь или потеря кого-то из родных. Но есть так же и экономические потери. Во-первых, многие в такой ситуации начинают больше пить. Увеличение потребление алкоголя на человека увеличивается на 10 грамм в день в случае с потерей неработающего члена семьи, и примерно на 35 грамм в день, если умерший зарабатывал деньги. Так же исследуемые родственники испытывали 53% рост в возможности впадения в депрессию.

Не удивительно и то, что мы обнаружили, что хронические болезни отрицательно влияли на доход семьи. Так, для периода с 1998 по 2002 гг., мы подсчитали, что потеря составляет примерно 5,6% дохода на одного человека.

В общем, эти исследования показывают множество каналов, через которые плохое состояние здоровья отрицательно влияет на российскую экономику. Во всех приведенных примерах, результаты были статистически значимыми, а там, где мы могли оценить размер эффекта, результаты были заслуживающим внимания.

Я хочу обратиться к потенциальным экономическим выгодам от уменьшения смертности. Легче всего их оценить путем сравнения сценариев. Сценарий статус-кво исходит из того, что уровни 2002 года по взрослой смертности от неинфекционных заболеваний и травм останутся неизменными до 2025 года. С другой стороны, мы можем более оптимистично предположить, что будут введены законы, которые снизят уровень смертности в России от неинфекционных заболеваний и травм до нынешнего уровня 15 стран ЕС – ежегодное уменьшение на 4,6% для болезней и 6,6% для травм. Я считаю это амбициозной задачей, но отмечу, что мы не говорим об уменьшении до уровня, которого Западная Европа достигнет к 2025 году и который будет значительно ниже современного. Промежуточный, менее амбициозный сценарий прогнозирует, что будут введены законы, которые дадут половину от улучшения, предполагаемого оптимистичным сценарием (Рис. 6):

Рис. 6. Смертность от неинфекционных заболеваний и травм на 100 тыс. чел. (для возрастной группы 15-64 лет): 3 сценария

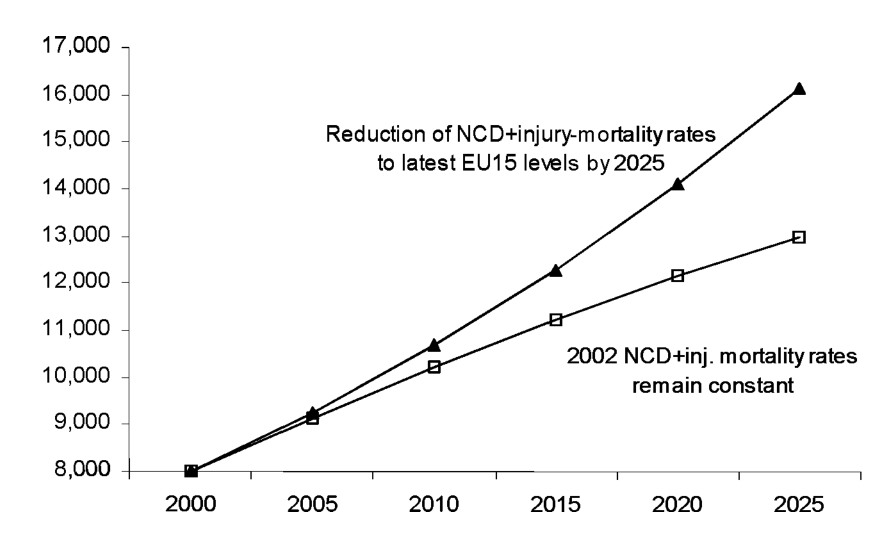


Как мы видим ниже на Рис. 7, улучшение здоровья взрослых положительно скажется на росте подушевого ВВП.

График показывает прогнозируемые траектории роста ВВП на душу населения по двум крайним сценариям в зависимости от соответствующих траекторий динамики смертности. Сценарий 1 (статус-кво) прогнозирует постоянный рост ВВП на уровне 2000 г. и был рассчитан исходя из нынешней смертности в России. В то же время, при использовании более оптимистичного сценария, к 2025 г. ВВП на человека будет составлять почти на 3000 долларов больше.

Хотя, надо подчеркнуть, что для подсчета здесь использовался отнюдь не самый оптимистичный сценарий. При использовании наиболее оптимистичного сценария мы получаем + 9000 долларов на одного человека. При этом, разумеется, реальный показатель будет скорее всего находиться где-то между этими цифрами.

Рис. 7. Прогнозируемые траектории роста производства ВВП на душу населения в России в зависимости от сценария снижения смертности



Что это значит для политики России? Сейчас я хотел бы ограничиться неким общим обзором. Данные со всего мира показывают, что наиболее эффективной является комплексная стратегия. В частности, опыт Северной Карелии (Финляндия), региона, в котором когда-то был очень высокий уровень смертности среди молодого

населения, показывает, что необходимо совмещать стратегии, направленные на все население в целом, и стратегии, направленные на конкретные группы высокого риска. Разумеется, результат сделанного будет виден не сразу. Плохое здоровье россиян сформировалось не в одночасье. Тем не менее, мы также знаем из исследований, подобных проведенным в Северной Карелии, что отношение между изменениями интенсивности факторов риска и уровнем заболеваемостью являются асимметричными. Внешнее воздействие может происходить много лет, прежде чем вызвать заболевания, но его исчезновение может дать быстрое снижение заболеваемости. В этом смысле России повезло. Опыт последних тридцати лет показал, что вредоносный эффект алкоголя, который, вероятно, является главной опасностью для здоровья россиян на данный момент, очень быстро снижается с падением уровня потребления этого химического вещества.

Возможно, мне следует больше сказать о двойной стратегии, которая, на мой взгляд, является необходимой. Популяционная стратегия направлена на переход населения к здоровому образу жизни, улучшение экологической ситуации и других социальных и экономических детерминант здоровья во всем социуме. В других докладах особенно много внимания уделено алкоголю, так что я воспользуюсь примером из другой области, табачной. Это будет качаться налогов на увеличение цены сигарет и запретов на курение в общественных местах и на табачную рекламу. К сожалению, Россия входит в ряд стран, не подписавших еще рамочную конвенцию по борьбе с табакокурением, но я надеюсь, что это вскоре произойдет. Тем не менее, крайне важным фактором является то, что международные табачные компании смогли получить в России крайне большое влияние.

Популяционные стратегии нацелены на 70% населения с средним уровнем подверженности факторам риска. Здоровье этого большинства населения можно значимо улучшить при помощи достаточно недорогостоящих мер популяционного воздействия[3], в то время как меры, направленные на прицельную работу с группами высокого риска[4], требуют больших финансовых затрат, что делает применение популяционных стратегий наиболее экономически эффективным способом уменьшить уровень заболеваемости от неинфекционных болезней.

Стратегии, направленные на группы высокого риска, предполагают идентификацию лиц, имеющих высокий риск развития у них

---

[3] Например, путем запрета продавать крепкие алкогольные напитки по воскресеньям (Халтурина, Коротаев 2006) – *прим. ред.*

[4] Например, наркоманами или алкоголиками – *прим. ред.*

определенных заболеваний, с последующим проведением целевых мероприятий (включающими и индивидуальную работу с отдельными представителями соответствующей группы), направленных, скажем, на снижение риска развития ишемической болезни сердца. Здесь я приведу один простой пример. Наши исследования показали, что многие россияне, которым были прописаны лекартсва от гипертонии, принимают их только когда плохо себя чувствуют, а не когда это им предписано. Это связано не только с высоким уровне цен на соответствующие лекарства, и предполагает необходимость проведения широкой кампании по медицинскому просвещению населения. Выгода, в виде уменьшения числа цереброваскулярных заболеваний, здесь может быть огромной.

Было бы наивно предположить, что будет легко изменить общую ситуацию. Несмотря на то, что многое уже было сделано посредством реформ в здравоохранении, начатых еще в 1990-х годах, основное внимание пока уделяется улучшению финансирования здравоохранения и доступности его услуг, в то время как многие фундаментальные вопросы организации системы здравоохранения остаются незатронутыми.

Я надеюсь, вы простите меня, как иностранца, но, на основе своих наблюдений над работой российской системы здравоохранения на протяжении последнего десятилетия, я выскажусь о том, что, на мой взгляд, нужно сделать.

Во-первых, я вижу потребность в работе по усилению некоторых необходимых функций этой системы. Деятельность системы санэпидемнадзора слишком сосредоточена на инфекционных заболеваниях, загрязнении окружающей среды и технике безопасности на рабочих местах. Этот подход был оправдан в прошлом, но изменение пэттернов заболеваемости требует новых подходов.

Во-вторых, я думаю, что необходимо более четко определить роли и ответственность за предотвращение неинфекционных заболеваний и травматизма, а также за контроль над ними на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Это очень важно, так как эффективные программы требуют многоотраслевого сотрудничества.

В-третьих, требуется гораздо больше специалистов в области современного общественного здравоохранения. Ничтожное число таких специалистов в России это большая проблема для нас как ученых, работающих в этой стране. Мы вынуждены полагаться на людей, обучавшихся, в основном, в Израиле, Великобритании или США. Но их слишком мало. Мы также считаем, что необходимо давать гораздо больше информации о причинах плохого состояния здоровья россиян, и о том, какие медицинские средства реально

работают. Здесь есть доля и нашей вины, так как то, что мы пишем, в основном, публикуется на английском, и, следовательно, является недоступным для многих российских специалистов по здравоохранению. Нам требуется ваша помощь, чтобы донести эту информацию до тех, кому она жизненно необходима.

Нам так же требуется больше информации по пэттернам заболеваемости и их изменениям во времени. В России есть отличная система мониторинга смертности, благодаря которой мы получили много полезной информации о кризисе смертности в России, но имеется очень мало информации по несмертельным болезням. Здесь я привлеку ваше внимание к неудаче доноров в обеспечить продолжение финансирования Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения, уникального информационного ресурса, используемого и нами в наших медико-экономических исследованиях. Тем не менее, есть и некоторые успехи, например, увеличение объема информации по раковым заболеваниям в России, но требуется сделать еще очень многое.

Но закончить мне хотелось бы на положительной ноте. Как вы все знаете, несколько дней назад правительство России провозгласило пятилетний план борьбы с огромным уровнем заболеваемости и смертности среди работоспособного населения, отрицательно влияющего на всю нацию. Еще многое предстоит сделать, но, возможно, это является знаком, что мы наконец-то сможем переломить ситуацию.

В заключение подчеркну, что уменьшение ущерба от неинфекционных заболеваний и травм среди работоспособного населения в России принесет положительный результат не только в плане улучшения общего состояния здоровья населения, но и будет иметь большой экономический эффект. Мы оценили, что ожидаемая выгода значительно превысит стоимость недавно провозглашенной программы по защите здоровья, предполагающую расходы в размере 3 миллиардов долларов США. Если эта программа использует лучшие из доступных средств по решению основных проблем здоровья россиян, в частности, связанных с чрезмерным потреблением алкоголя и крайне высоким уровнем табакокурения, то это станет отличной инвестицией, которая принесет пользу, несравнимую с предполагаемыми затратами.

Библиография

Маркес П. В., Цюрке М., Рокко Л., МакКи М., Леон Д., Фарринг тон Дж., Носиков А., Лаатикайнен Т., Данишевский К., Бакилана А.-М., Логинова Т., Де Гейнд В., Фрид Э., Лагебрюннер Дж. К.,

Си Дж., Гоним А. 2006. *Рано умирать. Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения.* Вашингтон – Москва: Всемирный банк – Издательство «Алекс».

Халтурина Д. А. и А. В. Коротаев. 2006. *Русский крест: факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России*. М.: КомКнига/УРСС.

Непитьевой алкоголь в России: потребление и воздействие на здоровье. Что нам известно?

Дэвид А. Леон, А. Гиль, О. Савенко, Сюзанна Томкинс, А. А. Оралов, Н. А. Кирьянов, Л. А. Сабурова, Н. Королева, Е. М. Андреев, Мартин МакКи, В. М. Школьников

Эпидемиологические исследования производства алкоголя, его потребления и воздействия на здоровье в России чаще всего были посвящены таким напиткам, как пиво, вино и крепкие спиртные напитки, производство которых находится в рамках закона. Во многих странах эти напитки составляют основной источник потребляемого этилового спирта. Регулярно собираются данные по производству и продаже этих напитков, так как акцизы на них являются важным источником налоговых поступлений. Также определенное внимание уделяется производству алкоголя в домашних условиях (самогону), так как длительное время он считался значимым источником этилового спирта, особенно в сельской местности. В. Г. Тремл в своей работе *Алкоголь в СССР* (Treml 1982), ставшей классической, приводит оценку уровня потребления самогона, основываясь на экстраполяции данных по количеству проданного сахара. Не так давно данный подход был независимо использован А. В. Немцовым (Nemtsov 2000, 2005).

Однако в научной литературе мало внимания уделяется потреблению в России производимых на основе этилового спирта жидкостей, не предназначенных для потребления в качестве алкогольных напитков (мы обозначаем их как «непитьевой алкоголь»). Мы имеем в виду медицинские настойки, лосьоны после бритья, одеколоны, антисептические препараты и т.д. Проведенная нашей группой работа доказывает, что эта гетерогенная группа недорогих жидкостей, являющихся источником концентрированного этанола, находится в свободной розничной продаже в аптеках, магазинах и уличных киосках. Более того, в число потребителей этих жидкостей входит большое количество мужчин трудоспособного возраста. Самое важное, что нам удалось обнаружить, что потребление непитьевого алкоголя тесно связано со смертностью (Leon *et al.* 2007). В этой главе мы кратко осветим результаты исследо-

вания в России по потреблению непитьевого алкоголя и его воздействию на здоровье. Мы также укажем ряд проблем общественного здоровья, возникающих в связи с потреблением данных жидкостей, и те области, в которых необходимо проводить дальнейшие исследования.

Ижевск – типичный город России

Большую часть информации о потреблении непитьевого алкоголя и о его воздействии на здоровье нам удалось узнать благодаря исследованиям, проведенным в Удмуртской республике на европейской территории России. Ижевск - столица республики Удмуртия, с населением 632 тысячи человек по данным всероссийской переписи 2002 г. Продолжительность жизни в Ижевске близка показателям, типичным для страны в целом, другие экономические и демографические показатели также позволяют рассматривать Ижевск как среднестатистический город Российской Федерации.

В середине 90-х гг. программа ООН по развитию профинансировала исследование по изучению причин высокой преждевременной смертности среди мужчин. Для проведения исследования была выбрана республика Удмуртия, так как демографические показатели данного региона типичны для России в целом. Цель проекта состояла в изучении причин смертности в республике Удмуртия в период с 1998–1999 гг. В ходе исследования было выявлено, что среди мужчин потребление большого количества алкоголя увеличивает риск смерти (Shkolnikov *et al.* 2004). Однако, как практически во всех исследованиях подобного рода, информация, полученная в данной работе, ограничена рамками легальных алкогольных напитков.

Обследование семей в Ижевске

В 2002 г. мы начали новое, более масштабное исследование, используя усовершенствованную методологию с той же целью, что и исходный проект: изучить причины высокой смертности российских мужчин работоспособного возраста. Обследование семей в Ижевске представляет собой исследование типа «случай-контроль» всех смертей, произошедших в период с 2003 г. по 2005 г. по разным причинам среди мужчин работоспособного возраста, проживающих в г. Ижевске. Подробное описание модели исследования данного проекта можно найти в другом источнике (Leon *et al.* 2007).

Данные о потреблении алкоголя и о других характеристиках респондентов были получены в ходе интервью с информантами,

проживавшими совместно с умершими. Интервью проводились спустя восемь недель после смерти. В основном были опрошены жены (в том числе гражданские) умерших, а также родители, взрослые дети и другие взрослые члены семьи. В группу контроля вошли отобранные случайным образом мужчины соответствующего возраста, проживавшие в г. Ижевске. Данные о привычках и другие характеристики респондентов среди представителей контрольной группы были получены аналогичным способом. Данная модель исследования ограничила выборку мужчинами, проживающих с семьей (в том числе и в гражданском браке), исключив одиноких мужчин.

Нам удалось провести интервью с информантами в 62% (1750 из 2835) случаях смерти мужчин-жителей г. Ижевска в возрасте от 25 до 54 лет в течение двух лет с октября 2003 г. В тот же период были проведены интервью в контрольной группе для 57% случаев смерти мужчин (1750 из 3078 чел.).

Вопросник охватывал ряд признаков, включая потребление алкоголя, курение, социально-экономические и демографические характеристики. Большинство вопросов были заимствованы из анкет, апробированных в других исследованиях. Систематическая проверка достоверности сведений, полученных от информантов, выполнявшаяся на этапе подготовки исследования (Tomkins 2006), продемонстрировала высокую степень согласованности ответов информантов о средней частоте потребления разных алкогольных напитков и об обычном количестве выпиваемого за одно застолье (Graham and Jackson 1993; Nelson *et al.* 1994). Главный предварительный вывод заключался в том, что надежность ответов информантов возрастала, если в интервью ограничивались вопросами о тех аспектах поведения, которые можно было непосредственно наблюдать, и, поэтому, нами был избран именно такой подход.

Информация о потреблении алкогольных напитков (пива, вина и крепких спиртных напитков) в течение последнего года была получена с помощью стандартных вопросов «количество – частота» (Dawson and Room 2000). Респондентам задавался вопрос о частоте потребления алкогольных напитков каждого типа (каждый день, почти каждый день, 3–4 раза в неделю, 1–2 раза в неделю, 1–3 раза в месяц, несколько раз в год, никогда или почти никогда). Количество потребляемых за один прием напитков каждого типа измерялось в привычных для жителей России единицах в зависимости от категории (бутылках пива, граммах вина или крепких спиртных напитков). Объем чистого этилового спирта, содержащегося в выпитых за предыдущий год пиве, вине и крепких

спиртных напитках, рассчитывался на основе частоты, объема и крепости выпитых напитков. Концентрация этанола в алкогольных напитках каждого типа была определена путем сбора информации с заводских этикеток в Ижевске. Концентрация этилового спирта в продаваемой в городе водке была уточнена на основе лабораторных анализов (McKee *et al.* 2005). Нами было принято, что объемное содержание этанола составляет в пиве 4,5%, в вине – 12% и в крепких спиртных напитках – 43%. Для непитьевого алкоголя выяснялась только частота его потребления, поскольку отсутствуют стандартные меры объема его потребления.

В данном исследовании не было получено данных о потреблении самогона, из-за опасения того, что респонденты будут неохотно отвечать на вопросы об этом нелегальном алкогольном напитке. Кроме того, потребление самогона в городах (в том числе и в Ижевске) распространено меньше, чем в сельской местности.

Мы также собирали информацию об особых типах поведения, связанных с злоупотреблением алкоголем. «Запой» – русский термин для обозначения периода из двух и более дней непрерывного пьянства, когда человек выпадает из нормальной общественно жизни (Treml 1997). Был разработан специальный индикатор опасного злоупотребления алкоголем, учитывающий наличие одного или более запоев в предыдущем году, случаев чрезмерного опьянения дважды в неделю или чаще, похмелья или засыпания ночью в одежде ввиду сильного опьянения. Проблемное потребление алкоголя и / или потребление непитьевого алкоголя за прошедший год, мы назвали «опасным злоупотреблением алкоголем».

Что мужчины пили? Как видно из Табл. 1, наиболее распространенный тип алкогольных напитков – водка. Пиво стоит на втором месте, а вино – на последнем, по крайней мере в ряду алкогольных напитков, напрямую связанных с риском для жизни. Доля мужчин, потреблявших данные виды спиртных напитков, одинакова и среди случаев, и в контрольной группе. Однако в случае с непитьевым алкоголем наблюдались большие различия. В то время как в контрольной группе только 8% мужчин потребляли данные напитки, в 42% случаев смерти мужчины потребляли их в течение последнего года.

Табл. 1. Наиболее популярные виды алкоголя, потребляемого человеком за прошедший год, по данным информантов, г. Ижевск, 2003–2005 гг.

	Исследуемые случаи (N = 1750)		*Контрольная группа (N = 1750)*	
	Кол-во	Процент	Кол-во	Процент
Пиво	1203	69%	1316	75%
Вино	694	38%	670	38%
Крепкие спиртные напитки	1389	79%	1377	79%
Не предназначенные для потребления алкогольные напитки	717	41%	135	8%

Опасное злоупотребление алкоголем и смертность

Основные результаты исследования семей в Ижевске опубликованы в другом источнике[1] (Leon *et al.* 2007). То, что человек за последний год употреблял непитьевой алкоголь, является одним из мощнейших факторов, приводящих к летального исходу. Вероятностный показатель смертности от непредназначенных для потребления алкоголесодержащих жидкостей за последний год составлял 7,0 (доверительный 95% интервал: 5,5; 9,0), с учетом объемного содержания этилового спирта в пиве, вине и крепких спиртных напитках, а также с учетом уровня образования и пристрастия к курению. Так, несмотря на то, что мужчины, которые потребляли непитьевой алкоголь, пили также больше пива, вина и крепких спиртных напитков, последним фактом нельзя объяснить более высокий процент смертности среди них. Как видно из Табл. 2, смертность постепенно увеличивалась в соответствии с частотой потребления непитьевого алкоголя. Риск смерти среди мужчин, которые ежедневно потребляли такие алкогольные напитки, был в 30 раз выше, чем среди тех мужчин, которые за прошедший год их не пили.

[1] Русский перевод данной работы доступен на сайте Интернет-журнала *Демоскоп* (www.demoscope.ru).

Табл. 2. Связь смертности от всех причин с потреблением суррогатов (непитьевой алкоголь) и среднее содержание этилового спирта в данных жидкостях, г. Ижевск, 2003–2005 гг.

	Количество			
	Исследуемые случаи N = 1 366	Контрольная группа N = 1 401	Относительный риск смерти (ОР)	(ДИ 95%)
Ежедневно	120	5	28,8	(11,7; 71,3)
5–6 раз в неделю	176	23	8,5	(5,4; 13,4)
3–4 раза в неделю	72	11	8,3	(4,3; 15,9)
1–2 раза в неделю	79	18	5,7	(3,3; 9,7)
1–3 раза в месяц	85	35	3,2	(2,1; 4,8)
Никогда или почти никогда	834	1,309	1,0	

ПРИМЕЧАНИЕ: С учетом возраста, среднего количества потребляемого этанола в неделю (исключая этанол, содержащийся в непитьевом алкоголе), пристрастия к курению (закодировано как ординальная переменная с 3 значениями), уровня образования (закодировано как ординальная переменная с 5 значениями). Анализ ограничен только теми лицами, о которых имеется полная информация о частоте и объемах потребления непитьевого алкоголя, об образовании и пристрастии к курению.

ИСТОЧНИК: Leon *et al.* 2007: Table 4.

В Табл. 3 показано, как смертность связана с сочетанием потребления непитьевого алкоголя и общего проблемного потребления алкоголя. По сравнению с мужчинами, которые потребляли алкогольные напитки, но не относились к группе «проблемно пьющих», у тех мужчин, которые не только пили их, но и обладали всеми признаками «проблемно пьющих», риск смерти возрастал в три раза. Это подтверждает тот факт, что употребление пива, вина и крепких спиртных напитков до состояния сильного опьянения является одним из факторов риска смерти. В то же время, летальный исход был наиболее вероятен среди тех мужчин, которые потребляли непитьевой алкоголь, вне зависимости от того, наблюдалось ли у них проблемное потребление алкоголя или нет.

Табл. 3. Связь смертности от всех причин с характером потребления алкоголя и его опасным злоупотреблением, стандартизованная по курению и уровню образования, г. Ижевск, 2003–2005 гг.

	Число случаев			
	в исследуемой выборке *N* = 1 633	в контрольной выборке *N* = 1 587	ОР смерти	ДИ 95%
Не потреблявшие алкоголь	132	186	1,3	(1,0; 1,7)
Потреблявшие только обычные алкогольные напитки (без опасного злоупотребления)	585	1118	1,0	
Потреблявшие только специально произведенные алкогольные напитки (опасное злоупотребление)	152	85	3,0	(2,2; 4,0)
Потреблявшие непитьевой алкоголь (без опасного злоупотребления)	99	25	6,3	(4,0; 10,0)
Потреблявшие непитъевой алкоголь (опасное злоупотребление)	500	82	9,7	(7,5; 12,6)
Затруднились ответить/Отказ от ответа *	165	91	3,0	(2,3; 4,0)

ПРИМЕЧАНИЯ. К проблемному потреблению относятся случаи наличия одного или более запоев в предыдущем году, случаев чрезмерного опьянения дважды в неделю или чаще, похмелья или засыпания ночью в одежде ввиду сильнейшего опьянения.

*Все те мужчины, по которым отсутствуют данные о частоте потребления алкоголя, запоях, частоте похмелья, чрезмерного опьянения, засыпания ночью в одежде из-за опьянения. Все данные относятся к мужчинам, по которым имеется полная информация о курении и уровне образования.

ИСТОЧНИК: Leon *et al.* 2007: Table 6.

В целом, нам удалось обнаружить, что более половины умерших (51%) мужчин имеют проблемы с алкоголем или потребляют непитьевой алкоголь, в сравнении с 13% мужчин в контрольной группе. Среди опасно злоупотребляющих алкоголем, по сравнению с не употребляющими алкоголя или теми, кто не имеет с алкоголем проблем, относительный риск смерти составлял 6,0 (95% доверительный интервал: 5,0; 7,3) с учетом уровня образования и пристрастия к курению. Это означает, что общий показатель смертности (для всех изучаемых случаев) в шесть раз выше среди тех, кто злоупотребляет алкоголем.

Каков вклад данного типа рискованного поведения в бремя смертности среди изучаемого населения? Основываясь на полученных результатах, мы считаем, что в 43% смертей среди мужчин в возрасте от 25 до 54 лет в Ижевске в период 2003–2005 гг. причиной можно назвать опасное злоупотребление спиртными напитками, под которым подразумевается потребление непитьевого алкоголя и/или т.н. общее проблемное потребление алкоголя[2].

Социально-экономические факторы и потребление непитьевого алкоголя

Подробный анализ потребления непитьевого алкоголя и других аспектов опасного злоупотребления спиртными напитками среди изучаемой группы населения по различным социально-экономическим характеристикам представлен в другом документе (Tomkins *et al.* 2007). В Табл. 4 приведены лишь некоторые результаты. Данные говорят о том, что потребление непитьевого алкоголя было наиболее широко распространено среди мужчин с низким уровнем образования, проживавших в домах без центрального отопления, не имевших машины, а также среди тех, кто на момент интервью был безработным.

[2] Напомним, что его индикаторами в исследовании служили наличие одного или более запоев в предыдущем году, а также случаи чрезмерного опьянения дважды в неделю или чаще, похмелья или засыпания ночью в одежде ввиду сильного опьянения – прим. ред.

Табл. 4. Распространенность потребления непитьевого алкоголя за последний год, стандартизированная по возрасту и в зависимости от социально-экономических факторов, г. Ижевск, 2003–2005 гг.

	Стандартизированный показатель % (*n*/всего)
Уровень образования	
Неполное среднее и ниже	25,5 (22/97)
Среднее, специальное, профессиональное	8,0 (103/1219)
незаконченное / законченное высшее	1,6 (9/395)
Статус занятости	
Постоянная оплачиваемая работа	3,7 (70/1432)
безработный – другие причины	26,2 (59/197)
безработный - инвалидность	1,5 (3/78)
безработный - болезнь	4,9 (3/16)
Показатель уровня жизни	
Нет ни машины, ни центрального отопления	22,2 (24/124)
Машина или центральное отопление	8,4 (89/936)
Машина и центральное отопление	3,4 (22/665)

ПРИМЕЧАНИЯ. Распространенность потребления среди мужского населения г. Ижевска в 2003 г., стандартизированная по возрасту и семейному положению.

ИСТОЧНИК: Tomkins *et al.* 2007: Table 4.

Причины, по которым столь сильна связь между потреблением непитьевого алкоголя и данными социально-экономическими переменными, отражают два взаимосвязанных процесса. Во-первых, мужчины с низким уровнем образования, имеющие минимум благ, составляют группу населения, наиболее подверженную опасному злоупотреблению алкоголем, в частности, потреблению непитьевого алкоголя. Как было сказано выше, промышленный алкоголь остается дешевым источником этилового спирта, доступным самым бедным слоям населения. Что касается работы, человек, подверженный опасному злоупотреблению алкоголю, может потерять ее с заметно большей вероятностью, чем работник, алкоголем не злоупотребляющий. Однако как только человек оказывается без постоянной работы, экономическое давление заставляет его перехо-

дить на более дешевый промышленный алкоголь, так как он не может себе позволить обычные спиртные напитки. На основе данных, полученных в исследовании «случай-контроль» в г. Ижевске, невозможен точный расчет динамики опасного злоупотребления алкоголем на уровне населения в целом. Однако эта проблема остается приоритетной и находится в стадии разработки для будущих исследований нашей группы в г. Ижевске.

О возможности распространения полученных результатов на Россию в целом

Результаты обследования семей в г. Ижевске были получены на основании изучения мужского населения города, проживавшего в семьях. Поэтому прежде, чем говорить о мужском населении трудоспособного возраста в России в целом, необходимо упомянуть ряд проблем. Во-первых, среди одиноких мужчин вероятность опасного злоупотребления алкоголем выше, чем у наших респондентов, которые жили в семьях. Таким образом, мы недооценили процент смертей по причине злоупотребления спиртными напитками в общем показатели смертности среди населения. Во-вторых, остается вопрос, в какой степени г. Ижевск может рассматриваться в качестве репрезентативного по отношению к остальным городам России. Хотя нельзя дать однозначный ответ на этот вопрос, основываясь только на нашем исследовании, отметим, что продолжительность жизни в г. Ижевске лишь незначительно отличается от средних показателей по России. Однако еще более важным нам представляется то обстоятельство, что, как уже упоминалось выше, в нашем распоряжении теперь имеются данные о том, что дешевый непитьевой алкоголь на сегодняшний день широко распространен в других городах России, где его также покупают для потребления в качестве напитка. Очевидно, что потребление непитьевого алкоголя не является специфической характеристикой г. Ижевска.

На основе приведенных выше доказательств мы считаем, что есть основания для того, чтобы распространить полученные результаты на Россию в целом. Таким образом, количество смертей по причине опасного злоупотребления алкоголем, по нашим оценкам, будет составлять 170 000 избыточных смертей ежегодно среди мужчин в возрасте от 25 до 54 лет. Однако эти данные могут рассматриваться только в качестве грубой оценки взаимосвязи опасного злоупотребления алкоголем и смертности в России.

Состав промышленных алкоголесодержащих жидкостей

В 2005 г. был проведен токсикологический анализ образцов непитьевого алкоголя, купленных в г. Ижевске (McKee *et al.* 2005). Было выявлено два факта. Во-первых, концентрация этилового спирта в этих жидкостях была значительно выше, чем в водке. В то время как в таких спиртных напитках, как водка местного производства содержание этанола составляло 43%, непитьевой алкоголь (одеколоны и медицинские настойки) содержал от 60% до 95% этилового спирта. Во-вторых, содержание метанола и спиртов с длинной углеродной цепью в последних было практически нулевым или очень низким. Таким образом, непитьевой алкоголь оказался относительно чистым источником этилового спирта. Отсутствие других токсичных веществ в данных жидкостях было позднее доказано В. П. Нужным в ходе недавно проведенного токсикологического анализа, результаты которого публикуются в данной книге.

Виды потребляемых промышленных алкоголесодержащих жидкостей

В ходе работы в г. Ижевске мы обнаружили, что мужчины потребляли разный непитьевой алкоголь. В период с декабря 2004 г. по ноябрь 2005 г. мы опрашивали информантов о тех видах непитьевого алкоголя, которые употреблял каждый из мужчин. Из 339 случаев и 60 контролей, в 30 и 10 случаях соответственно участники не смогли назвать определенные виды жидкостей. Данные, которые удалось получить у остальных респондентов, представлены в Табл. 5. Наиболее популярной была настойка боярышника, на втором месте – душистая вода «Композиция». Также часто встречалась другая душистая вода («Ясон») и средство для ванн «Трояр». Потребление антисептических растворов отмечалось в двух случаях, и только в 5 случаях в изучаемой группе и 3 случаях в контрольной группе было отмечено потребление технического или медицинского спирта, а также жидкости для мытья стекол. Среди тех мужчин, о которых имелись данные о случаях употребления одного и более вида промышленных спиртосодержащих жидкостей, бóльшая часть в контрольной группе (68%) и 50% в изучаемой группе пробовали (по словам информантов) только один вид данного алкоголя. 16% мужчин в контрольной группе и 23% – в изучаемой потребляли три и более вида непитьевого алкоголя.

Табл. 5. Основные типы непитьевого алкоголя по данным информантов, г. Ижевск, декабрь 2004 – ноябрь 2005 гг.

Тип	Название	Исследуемая выборка (*N* = 339)		Контрольная выборка (*N* = 60)	
		n	%	*n*	%
Одеколоны	«Тройной» и другие	31	9%	4	7%
Душистая вода	«Композиция»	145	43%	15	25%
	«Ясон»	103	30%	10	17%
Средства для ванн	«Трояр»	81	24%	11	18%
	«Можжевельник»	33	10%	3	5%
Медицинские настойки	Настойка боярышника	148	44%	28	47%

ПРИМЕЧАНИЕ. Общим знаменателем для этих показателей было то, что мужчины потребляли данные алкогольные напитки за прошедший год. В таблице приведены данные только по основным типам непитьевого алкоголя.

В конце 2006 г. мы провели дополнительный опрос 250 информантов о мужчинах в возрасте 25–54 лет, проживавших на тот момент в г. Ижевске. Процент мужчин, о которых имелись данные о потреблении непитьевого алкоголя, был равен семи (17 из 250 чел.), что практически совпадает с данными в основном исследовании. Проводя дополнительный опрос, мы просили информантов выбрать из составленного списка, какие спиртосодержащие жидкости потреблял человек. Наиболее популярными напитками оказались те же, что и в основном исследовании. Однако выборка проведенного дополнительного исследования слишком мала, чтобы сделать надежные выводы из данной работы о том, произошли ли изменения в употреблении непитьевого алкоголя за период времени между двумя исследованиями. Но все же достаточно примечательно, что 16 из 17 мужчин, которые потребляли эти спиртосодержащие жидкости, пили настойку боярышника.

Доступность непитьевого алкоголя

Мы оценили доступность непитьевого алкоголя в 19 городах России за полугодовой период с конца декабря 2006 г. В число этих городов вошли Челябинск, Киров, Королев, Котлос, Курган, Лукоянов, Мураши, Нальчик, Омск, Псков, Самара, Санкт-Петербург, Тамбов, Тула, Тверь, Тюмень, Выборг, Воронеж и Екатеринбург.

Методология исследования была следующая. Исследователь, знакомый с городом, посещал легальные точки розничной прода-

жи алкоголя: магазины, рынки, киоски и аптеки. Незаконные места продаж контрабанды, подделок и продукции домашнего производства были исключены из исследования. Исследователи должны были получить в каждом магазине и киоске информацию о наличии в продаже алкоголесодержащих жидкостей, которые можно пить. Критерием отбора жидкостей было минимальное 60-ти процентное содержание этанола, а также стоимость в пределах 10-15 руб. за 50-ти - 100-миллилитровую бутылку. Ожидалось, что стоимость бутылки меньшего объема (например, 25 мл) соответственно меньше.

Мы не пытались определить, действительно ли люди пьют купленные нашей исследовательской группой жидкости, однако во многих ситуациях этот факт был очевиден исходя из замечаний продавца, наблюдения за теми, кто покупает их или из расположения бутылок в витрине магазина или киоска. Результаты исследования будут подробнее опубликованы в другом месте. В целом, нам удалось приобрести не предназначенные для потребления алкоголесодержащие жидкости в 17 городах России. В двух из них (Туле и Кирове) местным исследователям не удалось найти удовлетворяющие критерию отбора жидкости. Нам сообщили, что, по крайней мере, в одном из выше упомянутых городов продажа таких жидкостей запрещена местной администрацией.

Различия между городами, в которых нам удалось приобрести непитьевой алкоголь, заключались в том, является ли их продажа обычным делом. В большинстве городов, такие жидкости были в свободном доступе. В основном продажи осуществлялись через аптеки, на втором месте стояли рынки, а затем - магазины. Однако не все из приобретенных нами 337 бутылок с алкоголесодержащей жидкостью могут быть куплены для потребления. На 10% бутылках не было указано содержание этанола, поэтому вряд ли их могли бы купить для того, чтобы пить. В основном, это были 25-ти мл бутылки с медицинскими настойками (кроме настойки боярышника и перечной настойки). Кроме того, еще 7% продукции также не подходило для употребления по причине высокой стоимости, имея эквивалент стоимостью 5 руб. и более за 10 мл чистого этанола. Для сравнения, стоимость 10 мл чистого этанола, содержащегося в дешевой законно производимой водке в России, составляет 3,8 руб. (75 руб. за 0,5 л водки с содержанием 40% этанола).

Если мы будем рассматривать только тот непитьевой алкоголь стоимость 10 мл этанола в которм ниже, чем в дешевой водке (3,8 руб. за 10 мл), то обнаружим, что 71% купленной продукции попадает именно в категорию «непитьевого» алкоголя, приобретае-

мого с целью распития. Данный процент поровну разделен между одеколонами и медицинскими настойками. Однако небольшое количество антисептиков, душистой воды и чистящих средств также попадают в эту категорию. Что касается медицинских настоек, то половину процента здесь составила настойка боярышника, четверть – перечная настойка, а остальное – другие типы.

Четверть медицинских настоек, входящих в данную категорию, продавались в 25-ти мл бутылках (средняя цена бутылки 5,8 руб., содержание этанола 71%), две трети – в 100-мл бутылках (средняя цена 12,8 руб., содержание этанола – 78%). Почти треть всех одеколонов, также вошедших в данную категорию, продавались в бутылках 85/86 мл (средняя цена бутылки 13,4 руб., содержание этанола в среднем 60%). Остальные виды жидкостей продавались в 100-мл бутылках (средняя цена 13,4 руб., содержание этанола в среднем 65%). Удивительно, что цена 100-мл бутылок такая же, как и бутылок меньшего объема, а содержание этанола в них даже выше.

Самая низкая цена входящих в данную категорию алкоголесодержащих жидкостей у душистой воды, чистящих средств и антисептиков, но здесь надо учитывать, что нам удалось найти менее десяти видов жидкостей каждого типа. Содержание этанола в них оказалось самое высокое (80% – 95%). Цена 10-ти мл этанола 20 типов приобретенных нами алкоголесодержащих жидкостей была следующая: 1,6 руб. за перечную настойку, 2,0 руб. за «Тройной одеколон», 2,1 руб. за настойку боярышника, 2,5 руб. за другие одеколоны и 3,1 руб. за другие медицинские настойки.

Данные оценки имеют ряд потенциальных недостатков. Например, соотношение настоек и других типов непитьевого алкоголя, выявленное нашим обследованием, может быть несколько искажено определенными факторами. Скажем, настойки можно легко и открыто приобрести в аптеках. Однако жидкости некоторых других типов продаются в магазинах и киосках не столь открыто. Нельзя исключить того, что именно в силу данного обстоятельства нашим исследователям оказалось проще покупать настойки, чем некоторые других виды непитьевого алкоголя. И, наконец, в исследовании мы использовали данные об объемном содержании этанола, указанные на этикетках, не проводя независимого химического анализа для их проверки.

Обсуждение полученных результатов

В данной главе доказывается, что потребление промышленных алкоголесодержащих жидкостей связано с увеличением риска смерти среди мужчин трудоспособного возраста в типичном городе России. Кроме того, потребителями таких жидкостей преимущественно являются мужчины с низким уровнем образования, без постоянного источника доходов по причине, не связанной со здоровьем или инвалидностью, и не имеющих достаточных благ (это измерялось, на основании того, имеется ли у человека в доме центральное отопление и владеет ли он машиной). Население г. Ижевска потребляет разнообразные виды непитьевого алкоголя, наиболее популярной из которых является настойка боярышника.

Также, мы доказали, что такие жидкости широко доступны и потребляются во всех городах России. По нашим оценкам, не предназначенные для потребления спиртосодержащие жидкости легко доступны в точках легальной розничной продажи в большинстве городов России. Медицинские настойки и одеколоны занимают в этом ряду первое место. Большая часть данных жидкостей представляет собой более концентрированный по содержанию этанола и дешевый источник алкоголя, в сравнении даже с недорогой легальной водкой. Несмотря на то, что мы не имеем формальных доказательств связи потребления данных жидкостей и смертности за пределами г. Ижевска, мы надеемся, что факт их широкой распространенности станет основой для распространения результатов на Россию в целом. Если оценки, полученные нами по ижевским данным, распространимы на всю Россию, то можно предположить, что потребление непитьевого алкоголя в Российской Федерации может быть ассоциировано с избыточными смертями 170 000 мужчин трудоспособного возраста в год.

Данные о том, что непитьевой алкоголь в России является очень дешевым источником этилового спирта, соотносится с теми данными, которые мы получили в г. Ижевске: основными потребителями такого рода напитков являются люди с низкими социально-экономическими показателями. С точки зрения экономики, существует два аспекта. Во-первых, если у человека проблемы с алкоголем, но денег мало, его привлекут именно не предназначенные для питья алкогольные жидкости в силу цены за единицу чистого спирта, меньшей, чем для любого другого спиртного напитке в магазине. Во-вторых, непитьевой алкоголь выпускается обычно в бутылках меньшего объема, чем водка и другие напитки. Человеку проще найти 13 рублей, чтобы купить 100-мл бутылку одеколона или настойки боярышника, чем 70 рублей на покупку поллитровой

бутылки водки. Тот факт, что практически все аптеки, многие рынки и магазины продают такие жидкости, означает, что их проще купить, чем обычные спиртные напитки, и, особенно, водку.

Важно также заметить, что потребление непитьевого алкоголя в России не новое явление (Treml 1982). Современные специалисты отмечают, что привыкшие к потреблению водки люди перешли на лаки, одеколон и денатурированный спирт после провозглашения в 1914 г. запрета на алкоголь, который оставался в силе первые годы советского периода (Christian 1995). Также это было заметно во время дефицита алкоголя вследствие антиалкогольной кампании М. Горбачева в 1985 г. (White 1996). Однако в прошлом такие жидкости были очень неприятны на вкус, поэтому многие алкоголики предпочитали лечиться от алкоголизма, а не продолжать попытки пить эти жидкости (Herman 2002). Новое в этом широко развитом коммерческом производстве и продаже такого рода продукции – то, что сейчас ее делают пригодной для питья. Это изменение согласуется с экономикой современной России, где предприимчивые частные производители алкоголя используют представляемые им рынком возможности отобрать часть прибылей у производителей водки путем продажи не облагаемого акцизами непитьевого алкоголя. В целом, существует ряд нерешенных проблем в области непитьевого алкоголя, и его воздействия на здоровье населения России. Они рассматриваются нами ниже.

Причина связи со смертностью

Необходимо глубже изучить причину того, почему потребление данных жидкостей напрямую связано с риском смерти. Согласно данным, представленным в другом источнике (Leon *et al.* 2007), мужчины, потребляющие непитьевой алкоголь, также пьют другие алкогольные напитки, включая водку, в большом количестве. Таким образом, можно сделать очевидный вывод о том, что потребление непитьевого алкоголя является конечной стадией длительного пьянства, а связь со смертностью отчасти отражает кумулятивное побочное воздействие длительного потребления этилового спирта из разных источников на здоровье человека. Однако не предназначенные для потребления алкоголесодержащие жидкости оказывают вредное воздействие на организм по двум причинам. Во-первых, что наиболее очевидно, они могут содержать иные токсичные вещества, помимо этанола. Этим можно объяснить вспышку токсического гепатита, произошедшую на определенной территории России в 2006 г. Однако проведенный нами токсикологический анализ (McKee *et al.* 2005) не выявил наличия большого

количества каких-либо токсических веществ в не предназначенных для питья алкоголесодержащих жидкостях, за исключением этанола. Во-вторых, существует большая вероятность того, что потребление данных жидкостей в неразбавленном виде наносит большой, а порой фатальный вред организму. Поэтому, необходимо изучить, каким именно образом люди потребляют данные жидкости. Кроме того, в кратчайшие сроки требуется провести исследование взаимосвязи ряда физиологических показателей заболеваний, возникающих в связи с потреблением непитьевого алкоголя.

Каковы социальные и экономические последствия потребления непитьевого алкоголя?

Наряду с необходимостью выявить воздействие потребления непитьевого алкоголя на здоровье, необходимо также получить представление о социальных и экономических последствиях. Ассоциация между потреблением непитьевого алкоголя и социально-экономическим неблагополучием может быть до некоторой степени просто результатом того, что распивание непитьевого алкоголя является маркером финальной стадии алкоголизма. Однако возможно, что высокая концентрация этанола в этих жидкостях затрудняет социальную и экономическую активность в еще большей степени, чем это наблюдается при потреблении исключительно традиционных алкогольных напитков.

Почему люди начинают пить непитьевой алкоголь?

Мы не имеем достаточной информации о жизненных обстоятельствах мужчин (и женщин), потребляющих данные жидкости. Необходимы лонгитюдные исследования, в которых население изучается в течение длительного периода времени. Также могут помочь качественные исследования, в ходе которых собирались бы устные рассказы информантов о том, как сам информант (или член его семьи) дошел до потребления непитьевого алкоголя. Однозначно можно сказать, что группа потребителей данных жидкостей постоянно пополняется и обновляется, по мере того как умирают те ее представители, которые доходят до конца своей «алкогольной карьеры».

Каков уровень потребления непитьевого алкоголя в целом в России?

Как было сказано в начале данной главы, оценки общего уровня потребления этилового спирта в России не учитывают прямым образом важнейшего (по всей видимости) дополнительного источника этанола – непитьевого алкоголя. В кратчайшие сроки необходимо собрать вместе все имеющиеся данные по производству и продажам данной продукции. По возможности, в работе необходимо установить тенденцию потребления непитьевого алкоголя, особенно за последние два десятилетия, ведь в настоящее время остается неясным, насколько выросло производство и продажа данных жидкостей за последние годы.

Мониторинг последствий изменения алкогольной политики

За последние несколько лет правительство РФ предприняло ряд шагов по контролю и снижению производства и продаж некоторых видов непитьевого алкоголя (Levintova 2007). Важно отметить, что проводятся исследования влияния принятых изменений на доступность и потребление таких жидкостей, а также на показатели здоровья и смертности, как на государственном, так и на местном уровне. Наше исследование доступности непитьевого алкоголя выявило некоторые различия по городам. Возможно, необходимо соотносить государственные и местные законодательные инициативы, направленные на контроль доступности и продажи таких жидкостей. Наша работа показала, что непитьевой алкоголь, в особенности медицинские настойки, остается очень популярен. Необходимо внести изменения в государственную политику для улучшения контроля продажи всех видов непитьевого алкоголя, и даже тех видов, которые продаются в аптеках. До тех пор, пока существует законный рынок продаж настойки боярышника, будет существовать потребность в ней как в источнике концентрированного этилового спирта.

Традиционные спиртные напитки и непитьевой алкоголь: необходимость объединенной политики

Эффективная политика, нацеленная на контроль доступности промышленных алкоголесодержащих жидкостей, должна положительно повлияьт на показатели здоровья и смертности населения России. Однако для того, чтобы снизить потребность людей в данных

напитках, необходимо внедрять политику, нацеленную на снижение общего уровня потребления спиртных напитков, что подробно описано в других главах данной книги.

Благодарности

Исследование семей в Ижевске финансировало биомедицинское благотворительное общество Великобритании *Wellcome Trust*. *Wellcome Trust* не вмешивалось в разработку модели исследования, процесс сбора данных, анализ и интерпретацию результатов, а также в написание данной статьи и решение о выпуске ее в печать.

Библиография

Школьников В. М., Червяков В. В. (ред.). 2000. *Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период*. Москва: ПРООН.

Christian D. 1995. Prohibition in Russia 1914–1925. *Australian Slavonic and East European Studies* 9(2): 89–108.

Dawson D. A., Room R. 2000. Towards agreement on ways to measure and report drinking patterns and alcohol-related problems in adult general population surveys: the Skarpo conference overview. *Journal of Substance Abuse* 12(1–2): 1–21.

Graham P., Jackson R. 1993. Primary versus proxy respondents: comparability of questionnaire data on alcohol consumption. *American Journal of Epidemiology* 138(6): 443–452.

Herman A. A. 2002. *The alcoholic Empire: Vodka and politics in later imperial Russia*. New York: Oxford University Press.

Leon D. A., Saburova L., Tomkins S., Andreev E., Kiryanov N., McKee M., Shkolnikov V. M. 2007. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *Lancet* 369(9578): 2001–2009.

Levintova M. 2005. Russian alcohol policy in the making. *Alcohol and Alcoholism* 2007 May 30; doi:10.1093/alcalc/agm040.

McKee M., Szucs S., Sárváry A., Adany R., Kiryanov N., Saburova L., Tomkins S., Andreev E., Leon D. A. 2005. The composition of surrogate alcohols consumed in Russia. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 29(10): 1884–1888.

Nelson L. M., Longstreth W. T., Jr., Koepsell T. D., Checkoway H., van Belle G. 1994. Completeness and accuracy of interview data from proxy respondents: demographic, medical, and life-style factors. *Epidemiology* 5(2): 204–217.

Nemtsov A. V. 2000. Estimates of total alcohol consumption in Russia, 1980–1994. *Drug and Alcohol Dependence* 58(1–2): 133–142.

Nemtsov A. V. 2005. Russia: alcohol yesterday and today. *Addiction* 100(2): 146–149.

Shkolnikov V., Chervyakov V. V., McKee M., Leon D. A. 2004. Russian mortality beyond vital statistics : Effects of social status and behaviours on deaths from circulatory disease and external causes – a case-control study

of men aged 20-55 years in Udmurtia, 1998–99. *Demographic Research* S2: 71–104.

Tomkins S. 2006. Proxy respondents in a case-control study : validity, reliability and impact. PhD Thesis London School of Hygiene & Tropical Medicine, University of London.

Tomkins S., Saburova L., Kiryanov N., Andreev E., McKee M., Shkolnikov V., Leon D. A. 2007. Prevalence and socio-economic distribution of hazardous patterns of alcohol drinking: study of alcohol consumption in men aged 25–54 years in Izhevsk, Russia. *Addiction* 102(4): 544–553.

Treml V. G. 1982*a*. *Alcohol in the USSR. A statistical study*. Durham, NC: Duke Press Policy Studies.

Treml V. G. 1982*b*. Death from alcohol poisoning in the USSR. *Soviet Studies* 34(4): 487–505.

Treml V. G. 1997. Soviet and Russian statistics on alcohol consumption and abuse. *Premature Death in the New Indepedent States* / Ed. by J.-L. Bobadilla, C. Costello, and F. Mitchell, pp. 220–238. Washington DC: National Academy Press.

White S. 1996. *Russia Goes Dry*. Cambridge: Cambridge University Press.

Нелегальный алкоголь в России. Сравнительная токсичность и влияние на здоровье населения

В. П. Нужный, С. А. Савчук

Предмет рассмотрения

Начиная с 1992 г. и до последнего времени к числу причин, определяющих рост алкогольно-зависимой заболеваемости и смертности в Российской Федерации, относят увеличение потребления населением суррогатов алкоголя, а также незаконно произведенной и некачественной алкогольной продукции. В кругу экспертов, представителей медицины, политиков, журналистов и в обществе в целом существует стойкое убеждение в том, что одна из главных причин отравлений алкоголем связана с употреблением низкокачественных и нелегально произведенных алкогольных напитков. Для примера, в официальном документе *Итоги деятельности Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения РФ по надзору за производством, реализацией спиртов и алкогольной продукции в Российской Федерации за 2002 год* (Иванов, Удот 2002) сообщается, что «уровень потребления алкоголя в России на душу населения в год является одним из самых высоких в мире. При этом не менее четверти от этого объема составляет токсичный, фальсифицированный алкоголь, часто технический и не предназначенный для потребления людьми». В качестве еще одной иллюстрации можно привести материалы расширенного заседания экспертов Государственной думы, Совета Федерации, Торгово-промышленной палаты РФ, федеральных министерств и ведомств, органов власти субъектов РФ, участников алкогольного рынка от 29 октября 2002 г. на тему «Проблемы алкогольного рынка России». На с. 7 части 2 этого документа утверждается, что «отравления алкоголем и смерти от случайных отравлений в подавляющем большинстве случаев являются результатом потребления алкогольных напитков, произведенных нелегально, т.е. незаконно».

Не удивительно, что в средствах массовой информации обыденными являются словосочетания «токсичный суррогат», «токсичный фальсификат» или утверждения о том, что все смертельные отравления алкоголем в том или ином регионе России спрово-

цированы употреблением некачественной водки. Более того, аналогичные высказывания позволяют себе ведущие психиатры-наркологи Российской Федерации: «Высокий уровень потребления алкоголя в России в послереформенный период, значительный процент которого составляют нелицензированные изделия, содержащие ядовитые примеси, приводит к значительному увеличению числа алкогольных психозов и смертности, связанной с отравлением суррогатными алкогольными изделиями, а также косвенными причинами, связанными с пьянством и алкоголизмом» (Энтин, Копоров 2004).

Практическим следствием восприятия указанной точки зрения являются разнообразные мероприятия государственного и регионального уровней, преследующие цель сократить размеры алкогольной заболеваемости и смертности и реализуемые путем ужесточения существующих и введения новых требований, методов и организационных усилий по контролю качества и безопасности алкогольной продукции. В качестве примера можно привести указ Президента РФ от 30 апреля 1997 г. № 442 «О дополнительных мерах по предотвращению незаконного производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции» и постановление правительства РФ от 14 июля 1997 г. № 686 «Об утверждении мероприятий по предотвращению незаконного оборота алкогольной продукции на потребительском рынке Российской Федерации на 1997 г.», в которых, в частности, предписывалось усилить госконтроль за алкогольной продукцией, прошедшей сертификацию, а также организовать углубленное изучение токсичности спиртов, алкогольных напитков, биологически активных соединений и пищевых добавок, образующихся или вводимых в процессе производства и хранения алкогольной продукции, и разработать критерии их безопасности для человека. Еще одно постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 20 апреля 2000 г. № 2 «Об усилении госсанэпиднадзора за алкогольной продукцией» предусматривало разработку положения о порядке проведения экспертизы и согласования технической документации на производство алкогольной продукции, содержащей в своей рецептуре биологически активные компоненты и добавки, разработку методики интегральной оценки токсичности алкогольных напитков и создание головного испытательного центра алкогольной продукции.

Следует отметить, что многие приводимые ниже сведения и факты были получены или установлены благодаря исследованиям и технологическим разработкам, проведенным в рамках мероприятий, обозначенных указанными постановлениями.

Прежде чем повести разговор на эту тему, необходимо определить суть применяемых терминов и дефиниций.

Фальсификат (от лат. *falsifikat*) – подделка, поддельный товар или продукт.

Контрафакт (от фр. *contrefact*) – подделка, товар или произведение, произведенное или исполненное с нарушением авторских прав.

Нелегальная продукция – товар, произведенный незаконно.

Нерегистрируемый алкоголь – потребляемые населением алкогольные напитки, которые не фиксируются органами Государственной статистики и не облагаются налогами.

Некачественная, низкокачественная или нестандартная алкогольная продукция – алкогольные напитки, не соответствующие требованиям государственных стандартов и/или санитарных правил и норм.

Суррогат (от лат. *surrogatus*) – заменитель, обладающий лишь некоторыми свойствами, заменяемого предмета, продукта.

Суррогаты алкоголя – жидкости, употребляемые с целью опьянения вместо обычных алкогольных напитков из-за недоступности последних. Это понятие, существует только в отечественной литературе. Оно объединяет различные по своему химическому составу и физико-химическим свойствам жидкости или их смеси. Таким образом, термин «суррогаты алкоголя» является собирательным и базируется исключительно на субъективном признаке (употребление вместо алкогольных напитков) (Мирошниченко, Пелипас 2001; Миванов и др. 2000). Наиболее корректно этот термин используется в клинической токсикологии. В отечественной токсикологии применяется классификация Е. А. Луж–никова, согласно которой суррогаты алкоголя делятся на две группы.

Первую группу составляют различные растворы и жидкости, изготовленные на основе этилового спирта или содержащие значительное количество этилового спирта. Жидкости и растворы, отнесенные к этой группе, именуемые также **истинными суррогатами алкоголя**, вызывают интоксикацию, сходную по клиническим проявлениям с алкогольной. К ним относятся:

- спирты этиловые гидролизный и сульфитный (спирты разной степени очистки, полученные путем переработки отходов лесной и деревообрабатывающей промышленности и применяемые, главным образом, в технических целях);
- спирты этиловые синтетические (спирты разной степени очистки, полученные путем гидратации этилена и применяемые, главным образом, в технических целях);

- спирт этиловый-сырец, произведенный из пищевого сырья, используемый для получения пищевого спирта и в технических целях; представляет собой продукт, получаемый путем однократной ректификации перебродившей биомассы и содержащий, помимо этанола (не менее 88% об.), примеси в виде альдегидов (не более 300 мг/л безводного спирта в пересчете на уксусный альдегид), сивушного масла (не более 5000 мг/л безводного спирта в пересчете на смесь изоамилового и изобутилового спиртов), эфиров (не более 300 мг/л безводного спирта в пересчете на этилацетат) и метилового спирта (не более 0,13% об. в пересчете на безводный этанол);
- денатурат (представляет собой технический спирт с разного рода добавками, резко ухудшающими его органолептические свойства или изменяющими его цвет);
- одеколоны и лосьоны (50-60%-ные растворы пищевого или технического этилового спирта с добавлением эфирных масел и других ингредиентов);
- клей БФ (продукт на основе спирта этилового технического, фенольноформальдегидной смолы, поливинилацетата и ацетона);
- политура (смесь спирта этилового технического с ацетоном и высшими спиртами);
- спиртовые настойки лекарственных растений (настойки боярышника, чеснока и др.), водно-спиртовые экстракты лекарственных растений (экстракты родиолы розовой, элеутерококка и др.), спиртованные соки растений (соки алоэ, коланхое и др.);
- другие растворы, содержащие значительное количество этилового спирта.

Ко второй группе относят жидкости, не содержащие этиловый спирт, но по своим органолептическим свойствам или по способности оказывать психоактивное действие напоминающие этанол. Клиническая картина отравления этими жидкостями зачастую существенно отличается от таковой при отравлении этанолом. Наиболее часто встречаются отравления метанолом, пропиловыми спиртами (н-пропанол, изопропанол), бутиловыми спиртами (н-бутанол, бутанол-2), амиловым спиртом и его изомерами, этиленгликолем, эфирами этиленгликоля и тетрагидрофурфуриловым спиртом. Жидкости такого рода называют также **ложными суррогатами алкоголя** (Ливанов и др. 2000; Лужников, Костомарова 1989; Стабников, Ройтер 1976).

Нетрудно заметить, что в приведенной классификации суррогатов алкоголя отсутствуют алкогольные напитки домашнего изготовления (самогон, чача, арака, тутовка, брага, вино, пиво и др.). Между тем в некоторых публикациях, преимущественно наркологического профиля, самогон и прочие «народные» алкогольные напитки именуют суррогатами алкоголя.

История вопроса

Острые химические отравления, как это не прискорбно констатировать, являются одним из основных факторов заболеваемости населения Российской Федерацию. При сравнении с ведущими нозологическими группами, определяющими заболеваемость населения, острые химические отравления в настоящее время по распространенности находятся на четвертом месте. А по числу смертельных исходов - на первом месте, опережая показатель смертности для цереброваскулярных заболеваний на 13%, для новообразований - в 2 раза и инфаркта миокарда - в 3 раза. За последние пять лет причиной более половины летальных исходов послужили острые алкогольные отравления. Следует подчеркнуть, что, по экспертной оценке, в стационары поступает не более 40-60% от общего числа пострадавших. Следовательно, реальная заболеваемость этой этиологии в стране составляет, по крайней мере, 600-700 тыс. человек ежегодно (Остапенко и др. 2003).

Череда политических, экономических и социальных событий, произошедших сначала в СССР и затем в России на рубеже XX и XXI вв., глубоко затронула все без исключения сферы жизни общества.

Середина 1980-х гг. была ознаменована проведением антиалкогольной кампании. В короткий период с 1985 по 1987 гг. производство и потребление легально произведенного алкоголя сократилось в 2,5 раза. Несмотря на значительный рост самогоноварения, размеры реального потребления алкоголя снизились в 1,3 раза и составили около 11 л абсолютного алкоголя на душу населения в год, против 14,5 л в 1984 г. (Немцов 1995).

Вторым событием, резко изменившим ситуацию на алкогольном рынке России, стала либерализация торговли, ознаменованная отпуском цен на ликеро-водочные изделия. Если до этого основной частью нерегистрируемого алкоголя, потребляемого населением страны, был самогон, то с 1 января 1992 г. алкогольный рынок начал быстро наполняться разного рода фальсификатами, которые стали вытеснять легально произведенную алкогольную продукцию в силу своей более низкой цены. Главными поставщиками контрафактной продукции являлись многочисленные нелегальные производители и импортеры. Одновременно службами Госторгинспекции и Госсанэпиднадзора было зарегистрировано снижение качества производимой в стране алкогольной продукции. Алкогольные напитки, как легально, так и нелегально произведенные, стали доступнее и в силу относительного (по сравнению с другими продуктами питания и товарами народного потребления) падения цен

на них. Это событие немедленно отразилось на размерах потребления алкоголя. Немцов А.В. отмечает, что резкий рост потребления алкоголя произошел уже в 1992 г., а в 1993 г. достиг отметки 1984 г. (14,5 л). При этом рост потребления происходил не только за счет нерегистрируемого алкоголя, но и за счет легально произведенных алкогольных напитков. По данным Госкомстата, потребление легально произведенного алкоголя на душу населения увеличилось с 5,38 л в 1990 г. до 9,45 л в 1995 г. При этом реальное потребление алкоголя, согласно экспертной оценке, после 1994 г. стало понижаться и в 1998 г. составило 13,5 л (Немцов 2001).

Постепенно, по мере осуществления рыночных реформ, выхода страны из экономического кризиса и поэтапного введения системы мер законодательного и административного характера, которые были направлены, главным образом, на пресечение незаконных производства, импорта и реализации алкогольной продукции, доля нерегистрируемого алкоголя стала постепенно сокращаться. При этом подушевое потребление легально произведенного алкоголя (включая пиво) по данным Государственной статистики начало увеличиваться и составило в 1998 г. – 7,60 л, в 1999 г. – 7,87 л, в 2000 г. – 8,07 л и в 2001 г. – 8,31 л. Согласно расчетным данным А. В. Немцова, начиная с 1998 г., происходит увеличение и реального потребления алкоголя. Так, в 1999 г. этот показатель вновь вернулся на отметку 14,5 л и обнаружил дальнейшую тенденцию к росту в 2000 г.

Изменения ситуации на алкогольном рынке страны в период с 1984 по 1999 гг. достаточно точно и на первый взгляд логично корреспондировались с изменением показателей смертности от отравлений алкоголем и его суррогатами (Рис. 1).

В период проведения антиалкогольной кампании и после ее завершения (вплоть до 1992 г.) острая алкогольная смертность достигла небывало низкой отметки – около 10 случаев на 100 тыс. населения.

Начиная с 1992 г. отмечался лавинообразный рост числа смертельных отравлений алкоголем и его суррогатами, который достиг своего максимума в 1994 г. (37,8 случаев на 100 тыс. населения). Столь высокого уровня показатель острой алкогольной летальности никогда не достигал не только в СССР, но и в других странах мира.

В 1995 г. было зарегистрировано столь же резкое снижение смертности, которое продолжалось еще на протяжении четырех лет, и в 1998 г. показатель смертности от отравлений алкоголем и его суррогатами достиг величины, типичной для 1970-х гг. (16 случаев на 100 тыс. населения). Предполагалось, что на этой от-

метке он и зафиксируется. Однако с 1999 г. количество таких отравлений пошло вверх и в 2002 г. вновь достигло чрезвычайно большого уровня (31 случай на 100 тыс. населения).

Анализ причин феномена сверхвысокой алкогольной смертности 1992–1996 гг. позволил сформулировать представление о природе этого явления. В качестве главных его причин называются три (Немцов 2001; Немцов, Судаков 2002):

- рост потребления алкоголя в указанный период на 17% (с 12,5 до 14,6 л на человека в год) за счет снижения стоимости спиртных напитков относительно других продуктов питания и товаров;
- увеличение доли в населении «тяжелых» потребителей алкоголя за счет сохранивших жизнь во время антиалкогольной кампании («перенос» риска умереть на период рыночных реформ);
- возросшее количество и повышение токсичности фальсификатов алкогольной продукции (в 1994 г потребление регистрируемого алкоголя составляло 6,8 л, а оценка реального подушевого потребления – 14,6 л).

Расчеты, проведенные А. В. Немцовым, показывают, что при годовом потреблении 14,6 л алкоголя на душу населения смертность при отравлении алкоголем соответствует потреблению 18,5 л. А разница в 3,9 л является алкогольным эквивалентом повышения токсичности алкогольных напитков и увеличения когорты пьяниц и больных алкоголизмом в начале рыночных реформ. Представление о том, что нелегально произведенная и фальсифицированная алкогольная продукция в значительной степени влияет на алкогольную смертность, было безоговорочно воспринято многими специалистами и обществом в целом и прочно вошло в научный и паранаучный обиход.

Тезис о негативной роли таких напитков был еще раз энергично озвучен в 2000 г., в связи с внезапным увеличением смертности в январе-июне 2000 г., которое совпало во времени со снижением уровня легального производства водки и ликеро-водочных изделий (ГД 2000).

В пользу гипотезы о патогенной роли токсичных алкогольных фальсификатов косвенно свидетельствовали и другие факты. Так, в Республике Карелия в 1992 г. средняя смертельная концентрация алкоголя в крови снизилась в 1,4 раза при росте смертельных отравлений в 3 раза (Немцов 1995).

Московским союзом потребителей и Центром Госсанэпиднадзора в Москве в 1992–1994 гг. было зафиксировано увеличение количества жалоб граждан на качество алкогольной продукции,

вызывающей расстройство здоровья при однократном употреблении алкогольных напитков в умеренных дозах. К сожалению, специализированного токсикологического или наркологического освидетельствования пострадавших не проводилось, и точная клиническая картина отравлений установлена не была. Однако экспертиза алкогольных напитков, предоставленных пострадавшими в указанные организации, показала их соответствие ГОСТам, или обнаружила незначительные отклонения, которые не могли быть причиной отравления (Нужный, Прихожан 1996).

Еще один «токсикологический» аргумент базируется на фактах обнаружения в образцах фальсифицированной алкогольной продукции примесей этилового спирта низкой степени очистки и спиртов непищевого назначения (гидролизный и синтетический), которые многими априори считаются высокотоксичными. Следует заметить в связи с этим, что в России до настоящего времени отсутствует возможность корректно и надежно идентифицировать этиловые спирты пищевого и непищевого назначения. Поэтому данные о нелегальном производстве водки на основе синтетического и гидролизного спиртов нельзя признать убедительными.

Высказывалось также мнение о том, что резкое расширение ассортимента алкогольных напитков в начале 1990-х г. привело к появлению на прилавках магазинов напитков, в которых могли присутствовать нелетучие соединения природного происхождения, или соединения, образующиеся в процессе изготовления и хранения алкогольной продукции, или вещества, используемые в качестве пищевых добавок, которые способны потенцировать токсическое действие этилового спирта (Нужный, Прихожан 1996).

Таким образом, представление об исключительной патогенной роли суррогатов алкоголя и контрафактных алкогольных напитков основано главным образом на анализе показателей смертности от отравлений алкоголем и его суррогатами, а также размеров производства, реализации и потребления алкогольной продукции. Какие-либо иные значимые, тем более прямые, доказательства патогенной роли таких напитков в формировании рассматриваемой волны острой алкогольной смертности отсутствуют. Вместе с тем имеются факты, которые не вписываются в канву этой гипотезы. Их можно сформулировать следующим образом:

- снижение уровня острой алкогольной смертности в период проведения антиалкогольной кампании 1985–1987 гг. отмечалось на фоне резкого роста потребления самогона и разного рода истинных суррогатов алкоголя, которые безоговорочно принято относить к жидкостям с повышенной токсичностью;

– резкое снижение уровня алкогольной смертности в 1995–1998 гг. происходило в условиях столь же резкого роста выявления некачественных алкогольных напитков, которые также априори относят к категории токсичных. По данным Госкомстата РФ, забраковано и снижено в сортности водки и ликеро-водочных изделий (в % к общему объему проинспектированных товаров) в 1995 г. – 21,6, в 1996 г. – 28,7 и в 1997 г. – 45,1;

– последняя волна алкогольной смертности 1999–2002 гг., несмотря на эпизодические флуктуации размеров легального производства алкогольной продукции, возникла на фоне относительной стабильности алкогольного рынка. Последнее можно проиллюстрировать недавно обнародованными данными Центра госсанэпиднадзора республики Татарстан. Оказалось, что доля острых отравлений алкоголем среди общего количества острых химических отравлений в 2000 г. по сравнению с 1999 г. увеличилась с 48 до 65%. При этом увеличилось и абсолютное число лиц, отравившихся алкоголем за год в республике: с 2979 человек в 1999 г. до 5470 человек в 2000 г. Примечательно, что рост числа отравлений отмечен в районах как с высоким, так и с низким уровнем реализации легально произведенной алкогольной продукции (соответственно с высоким и низким уровнем потребления нерегистрируемого алкоголя) (Нургалиева, Имамов 2003).

– максимумы смертности от отравлений алкоголем и его суррогатами (1993–1994 гг. и 2000–2002 гг.) в Москве и в Российской Федерации совпадают с максимумами смертности от отравлений токсикоманическими средствами (Романенко 2003). Логично предположить, что в эти временные периоды развивалась эпидемия отравлений, которая не имела причинной связи с наличием или отсутствием на рынке алкогольной продукции высокотоксичных суррогатов, а определялась иными факторами.

Приведенные выше доводы и свидетельства как в пользу, так и против гипотезы о значительном влиянии незаконно изготовленной и контрафактной алкогольной продукции на генез аномальных флуктуаций острой алкогольной смертности последних лет, к сожалению, нельзя признать ни достаточными, ни убедительными.

Диагностика смертельных отравлений алкоголем и его суррогатами

В основе диагностики отравлений суррогатами алкоголя лежат принципы, используемые при диагностике отравлений этиловым спиртом. В методических указаниях Минздрава СССР (1974) «О судебно-медицинской диагностике смертельных отравлений этиловым алкоголем и допускаемых при этом ошибках» подчеркивается, что «Присутствие примесей высших спиртов, наряду с этиловым, следует рассматривать как комбинированное отравление, при этом учитывать концентрацию высших спиртов и медленное вса-

сывание их в желудочно-кишечном тракте. Доказательное значение могут иметь лишь дифференцированные данные о количественном содержании этих спиртов в стенке желудка и его содержимом. При обнаружении этилового спирта в количестве, меньшем 4–5‰, и одновременном установлении даже небольших концентраций высших спиртов не исключается возможность наступления смерти в результате отравления суррогатами алкоголя».

Как видно, диагностический критерий, используемый судебно-медицинскими экспертами для выявления случаев отравлений суррогатами алкоголя, весьма расплывчат. Он является мало состоятельным и в силу других обстоятельств. Дело в том, что обнаружение в биологических жидкостях трупа помимо этанола высших спиртов или метанола не может однозначно свидетельствовать о наличии большого количества этих веществ в алкогольном напитке, вызвавшем отравление. Поступление этилового спирта в организм активизирует процесс эндогенного образования высших спиртов. Так, при алкогольном опьянении слабой степени выраженности, развивающемся после употребления виски или рома, содержание н-пропанола и изопропанола в крови достигает 2,0 мг/л и более. Иными словами, уровень содержания эндогенно образующихся компонентов сивушного масла достигает уровня тех же компонентов в водке. Аналогичным образом после употребления алкоголя усиливается синтез эндогенного метанола. Особенно интенсивно его образование идет при одновременном употреблении пектинсодержащих продуктов. Прием этилового спирта в дозе 0,5 г/л (опьянение легкой степени выраженности, внешние признаки которого обычно отсутствуют) сопровождается увеличением содержания метанола в крови до 28 мг/л (Нужный 1995). При алкогольных отравлениях уровень эндогенно образующегося метанола в крови может достигать 320 мг/л. Помимо метанола в крови обнаруживаются в значительных количествах ацетальдегид, ацетон, изопропанол и н-пропанол (Zuba *et al.* 2001).

Учитывая изложенное выше, следует признать, что объединение случаев смертельного отравления алкоголем и отравлений суррогатами алкоголя, содержащими относительно большое количество примесей, в одной графе статистической отчетности является не случайным. Если же прислушаться к мнению Е. А. Тишук (цит. по: Немцов 2001), то государственную статистику смертей от отравления алкоголем нельзя признать удовлетворительной не только в силу низкого качества диагностики, но также из-за сокрытия части диагнозов. Детальный анализ показателей смертности при отравлении алкоголем и заболеваемости алкогольными психозами в регионах России, проведенный В. А. Немцовым

(2003), позволил установить, что фиксируемое Госкомстатом количество смертельных отравлений алкоголем в 1,65 раза ниже реального. Причины такого несоответствия, по его мнению, обусловлены, во-первых, плохой диагностикой смертей, вызванных алкоголем из-за низкой квалификации патологоанатомов и судебно-медицинских экспертов, и, во-вторых, прямой фальсификацией алкогольных диагнозов смертей.

Главным в аспекте рассматриваемой проблемы является то, что метод газовой хроматографии, применяемый для исследования биологических жидкостей трупа при проведении посмертной диагностики состояния острой алкогольной интоксикации, лишь в редких случаях позволяет идентифицировать алкогольный продукт (раствор этилового спирта, содержащий значительное количество высших спиртов или метанола), вызвавший отравление. Исключение составляют отравления, вызванные употреблением ложных суррогатов алкоголя. Наиболее типичные отравления такого рода возникают при употреблении растворителей и жидкостей для мытья стекол, которые содержат от 15 до 92,5% н-пропилового, изопропилового или изобутилового спиртов (часто в смеси с этиловым спиртом). Последние легко идентифицируются в биологических жидкостях трупа (Варшавец 1986).

Очевидно также и то, что посмертная диагностика причин смертельных отравлений алкоголем в принципе не может быть использована для выявления случаев отравления некачественными, незаконно изготовленными или фальсифицированными алкогольными напитками. Алкогольные подделки такого рода по химическому составу и органолептическим свойствам не отличаются или мало отличаются от качественной и легально произведенной алкогольной продукции. В противном случае фальсификаты не выгодно было бы производить – они просто не находили бы своего потребителя.

Таким образом, статистические данные, основанные на материалах судебно-медицинской экспертизы, не в состоянии дать ответ на вопрос о роли незаконно произведенных и фальсифицированных алкогольных напитков в феномене сверхвысокой алкогольной смертности.

Весьма существенными, применительно к рассматриваемой проблеме, представляются результаты проведенного недавно эпидемиологического анализа смертельных исходов от отравлений токсикоманическими средствами (Романенко 2003). Анализ актов судебно-медицинского исследования трупов лиц, умерших от отравлений токсикоманическими средствами за период 1994–2000 гг., по данным 19 регионов России, а также городов Тбилиси

и Севастополя, позволил выявить два максимума смертности – в 1994 и 2000 гг. (24 и 39% соответственно) (рис. 2). Наибольшее число таких отравлений выявлено среди военнослужащих. Исследование случаев отравления токсикоманическими средствами по Москве за аналогичный период также обнаружило два пика отравлений в 1994 и 2000 гг. (20,4 и 56,9% соответственно)

Судебно-химическое исследование биологических сред и тканей трупов позволило установить, что наиболее часто причиной таких отравлений было употребление средств из группы растворителей (39,9%) и лекарственных средств (26,3%). Достаточно часто встречалось сочетанное употребление токсических веществ (22,8%). При этом сочетанные отравления токсикоманическими средствами и алкоголем в последней группе причин отравлений составили всего 2,5%.

Совпадение во времени пиков смертности от отравлений алкоголем и его суррогатами и от отравлений токсикоманическими средствами позволяет говорить о двух эпидемиях отравлений, которые определялись, по всей вероятности, социальными, социально-психологическими или экономическими факторами.

Диагностика несмертельных отравлений алкоголем и его суррогатами

Несколько иным образом обстоят дела с диагностикой эпизодов несмертельного отравления алкоголем и его суррогатами. В этой ситуации часто имеется возможность установить разновидность алкогольного напитка или суррогата, который послужил причиной отравления. Наконец, недавно разработана система химико-токсикологического анализа в диагностике острых отравлений, позволяющая уверенно дифференцировать случаи отравлений алкоголем и техническими жидкостями (Лисовик, Клюев 1995; Клюев и др. 1997).

По данным Московского городского центра лечения острых отравлений НИИ им. Н.В. Склифосовского в начале 1990-х гг. число больных с данной патологией составляло 10–12% от общего числа больных. В последующие годы количество таких больных снизилось. Например, в 1998 г. было госпитализировано 139 человек с острым отравлением этиловым спиртом, что составило 3% от общего количества больных (Лужников 2000).

Согласно результатам работы, проведенной в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, в которой методом газовой хроматографии исследовали жидкости, вызвавшие отравление, большая часть образцов этих жидкостей представляла качественные алко-

гольные напитки, а меньшая часть являлась водками низкого качества (превышение требований ГОСТ по содержанию альдегидов, высших спиртов, эфирных масел или ацетона). И, наконец, незначительная часть образцов, представленных на исследование в стандартной упаковке из-под винно-водочной продукции, содержала помимо этанола значительные количества метанола, ацетона, этиленгликоля, высших спиртов или других растворителей. Иными словами, большая часть отравлений была обусловлена передозировкой алкоголя (Белова и др. 1999).

По данным Центра лечения острых отравлений Санкт-Петербурга, в 1991 г. в стационары города с диагнозом «отравление алкоголем и его суррогатами» было госпитализировано 859 человек, в 1993 г. – 2863 человека и в 1994 – 200 человек. В 1995–1997 гг. отмечено снижение числа больных, госпитализированных с этим диагнозом. В 1997 г. было зарегистрировано 1087 таких больных, что составило 20% от общего числа госпитализаций по поводу острых отравлений (Ливанов и др. 2000).

В Омском токсикологическом центре, где была прослежена динамика острых отравлений суррогатами алкоголя, установлено, что с 1991 по 1994 гг. в стационар поступило 720 человек с такими отравлениями, что составило 12% от общего числа отравлений. Причиной отравлений служили главным образом разного рода лекарственные спиртосодержащие формы (настойка чемерицы, корвалол, валокардин, меновазин и др.) и технические жидкости (тормозные жидкости, антифризы, растворители красок, стеклоочистители и др.). Клиническая картина таких отравлений зачастую существенно отличалась от таковой при алкогольном опьянении, поскольку определялась иными действующими началами. Примечательно, что и здесь отсутствуют указания на отравления некачественной или фальсифицированной алкогольной продукцией (Васильев, Прокудин, Гассельбах 1996).

Необходимо отметить, что специалисты ведущих токсикологических центров страны в своих научных публикациях обычно не разделяют отравления алкоголем, истинными суррогатами алкоголя и, тем более, отравления некачественными алкогольными напитками. Это неудивительно, поскольку клиническая картина отравлений алкоголем, самогоном, рядом истинных суррогатов алкоголя и тактика лечения пациентов одинаковы.

В качестве иллюстрации можно привести описание клинических проявлений острой интоксикации некоторыми наиболее типичными суррогатами алкоголя (Красик, Миневич, Агарков 1987).

При отравлении одеколоном, лосьонами, зубным эликсиром отмечается «обычное» опьянение у бóльшей части больных.

Характерна очень кратковременная эйфория и быстрое нарастание сомноленции. У некоторых одеколоны и лосьоны не вызывают ничего, кроме быстро наступающего сна.

Дезодоранты вызывают опьянение, незначительно отличающееся от алкогольного, у некоторых – «дурь» (трудно дифференцируемое расстройство сознания, близкое к оглушению). Быстро развивается сонливость. Абстиненция тяжела и длительна, с обилием вегетативных и соматических расстройств.

При употреблении стеклоочистителей быстро возникают «дурман» в голове, нарушение ориентировки, быстрое засыпание. Абстиненция тяжела физически, настроение резко подавлено. Отвращение к опохмелению, даже любыми алкогольными напитками.

Клиническая картина отравлений другими суррогатами алкоголя (антистатики, клей БФ, спиртосодержащие лекарственные средства) в бо́льшей мере определяется действующими началами неалкогольной природы.

Более подробно следует остановиться на исследовании, специально проведенном для изучения частоты, динамики и структуры случаев несмертельных отравлений алкоголем и его суррогатами в г. Великие Луки за период с 1984 по 1994 гг. (Новикова, Кошкина, Нужный 1997). Все случаи заболевания были классифицированы по разновидности жидкости (химического вещества), вызвавшей отравление: 1) алкогольные напитки, приобретенные в торговой сети; 2) истинные суррогаты алкоголя, среди которых выделяли: а) самогон и брагу и б) жидкости, перечисленные в приведенной выше классификации; ложные суррогаты алкоголя; 3) токсиканты – жидкости, не содержащие спиртов, употребленные случайно или умышленно с целью достижения состояния опьянения (жидкости на основе эфиров, фосфорорганические соединения, органические кислоты, щелочи, окислители). Случаи отравлений веществами и жидкостями, употребленными с суицидальными намерениями, не рассматривались.

По данным медицинской статистики, показатель общей смертности в городе в начале 1980-х гг. ненамного отличался от такового в среднем по стране и составлял около 14 умерших на 100 тыс. населения. Общая смертность в 1986–1988 гг. понизилась на 5–6%, затем начиная с 1989 г. стала возрастать и в 1994 г. на 63% превысила показатель 1984 г. – года, который предшествовал проведению антиалкогольной кампании.

Динамика смертности от травм, отравлений и несчастных случаев повторяла динамику общей смертности, но в гораздо более

утрированном виде. В 1986–1987 гг. этот показатель смертности понизился более чем на 40%. Начиная с 1988 года смертность от указанных причин поползла вверх и в 1992–1994 гг. приобрела взрывной характер. Ее доля в структуре общей смертности за 10 лет увеличилась более чем в 2 раза. Аналогичным образом менялась и смертность от отравлений алкогольными напитками, суррогатами алкоголя и токсикантами. Однако ее доля в структуре смертности от внешних причин на протяжении всего изучаемого периода была примерно одинаковой и колебалась в пределах 10–20%.

Общее количество госпитализаций по поводу отравления алкогольными напитками, суррогатами алкоголя и токсикантами, употребленными с целью опьянения, в 1987–1988 гг. понизилось в среднем на 40% и затем на протяжении 1988-90 гг. вновь стабилизировалось на уровне 1984 г. Начиная с 1992 г. число таких госпитализаций резко пошло вверх и в 1994 г. превысило показатель 1984 г. в 2,7 раза. В исследованный период среди больных, госпитализированных по данному поводу, было 715 мужчин и 201 женщина. Динамика соотношения полов показывает, что, если на протяжении 1990–1993 гг. рост числа госпитализаций шел в основном за счет мужчин, то доля пострадавших женщин в 1994 г. резко возросла, составив почти 1/3 больных.

Оценка структуры причин отравлений, повлекших за собой госпитализацию, указывает на то, что в 1984 г. в 40% случаев причиной отравлений были алкогольные напитки, в 23,2% – самогон и брага и в 38,8% случаев – прочие жидкости (истинные и ложные суррогаты алкоголя, токсиканты).

Удельный вес отравлений алкогольными напитками в 1985 г. сохранился на прежнем уровне, а в 1986 г. упал до ничтожной величины (3%). В последующие три года он стабилизировался на уровне 8–12%, затем на протяжении 1990–1992 гг. повысился до 25–31%. В 1993 г. он возрос более чем в 2 раза и в 1994 г. снизился до уровня 1984 г.

Удельный вес отравлений самогоном и брагой в 1985 г. снизился до 5,4%. Последнее связано с развернувшейся в городе кампанией по борьбе с самогоноварением. Однако уже в 1986 г. он повысился до 18,2% и сохранялся на этом уровне вплоть до 1991 г. Начиная с 1992 г. отмечалось дальнейшее увеличение доли отравлений самогоном и брагой, и в 1994 г. удельный вес таких отравлений выходит на лидирующую позицию – 44%. Иными словами, в этот год произошла «эпидемия» отравлений самогоном и брагой (73 больных против 68, отравившихся алкогольными напитками, приобретенными в торговой сети).

Удельный вес отравлений прочими жидкостями (истинные и ложные суррогаты алкоголя, токсиканты) незначительно увеличился в период проведения антиалкогольной кампании 1985–1987 гг., но с 1990 г. начал снижаться и в 1994 г. достиг 15%, что примерно в 2 раза меньше доли таких отравлений в 1984 г.

Результаты данного исследования могут свидетельствовать с одной стороны о том, что «взрыв» отравлений алкоголем, произошедший в 1993–1994 гг. в г. Великие Луки связан с токсическим действием самогона, а с другой – с возросшим потреблением самогона, который в силу экономических причин стал более доступен, чем водка. Если оставить самогон в стороне, то роль незаконно изготовленной и фальсифицированной алкогольной продукции, которая с большой долей вероятности присутствовала в этот период на прилавках магазинов г. Великие Луки, в формировании рассматриваемого феномена остается совершенно неясной. О присутствии в торговой сети фальсификатов свидетельствует то, что в г. Великие Луки в 1994 г. выявлено 162 случая продажи алкогольных напитков с нарушением правил, в торгующих организациях изъято 870 л алкогольных напитков, не соответствующих ГОСТам, а также выявлен подпольный цех по производству алкогольных напитков (изъято 190 л фальсифицированной водки).

Резюмируя содержание данного раздела, можно придти к выводу о том, что анализ причин и динамики несмертельных отравлений алкоголем и его суррогатами не позволяет судить о роли некачественных, незаконно изготовленных и фальсифицированных алкогольных напитков в генезе высокой алкогольной смертности.

Некачественная водка и «токсичные» микропримеси

Многие специалисты спиртовой и ликероводочной промышленности, центров стандартизации и сертификации, Госсанэпиднадзора и других ведомств искренне убеждены в том, что чем чище водка, тем более она безопасна. Считается, что токсичность этого пищевого продукта определяется, прежде всего, наличием в нем микропримесей, которые образуются в процессе ферментации пищевого сырья и которые не удается полностью удалить с помощью разных технологических приемов. В журнальных публикациях нередко встречаются ничем не аргументированные утверждения о высокой токсичности микропримесей. Так, например, в статье Н. А. Вязьминой и С. А. Савчука (Вязьмина, Савчук 2002), посвященной анализу примесного состава этилового

спирта, утверждается (без ссылки на первоисточник), что метанол токсичнее этанола в 80 раз, а пропанол в 4 раза.

Точка зрения относительно высокой токсичности микропримесей согласуется с идеологией Государственного стандарта РФ «Водки и водки особые», который строго регламентирует содержание микропримесей в этих продуктах. Более того, она нашла свое воплощение в ГОСТ 30536-97 (и его последующей редакции) «Межгосударственный стандарт. Водка и спирт этиловый. Газохроматографический метод определения содержания токсичных микропримесей». Использование прилагательного «токсичные» в этом ГОСТе ни расшифровывается, ни аргументируется.

Превышение нормативов на микропримеси является основанием для признания водки низкокачественной или некачественной. Например, к некачественным и подлежащим изъятию из продажи водкам относятся напитки, произведенные из спирта «Экстра» и содержащие альдегиды в количестве около 6 мг/л (ГОСТ – 3 мг/л), сивушное масло 6–10 мг/л (ГОСТ – 3 мг/л) или метанол 0,05% (ГОСТ – 0,03%) (Савчук и др. 2001). Образцы фальсифицированных водок с содержанием микропримесей, приближающимся к таковому в дистиллированных алкогольных напитках, встречаются исключительно редко. К образцам такой продукции прикладывается эпитет – токсичная. А население, благодаря стараниям средств массовой информации, пребывает в полном убеждении, что причина роста отравлений алкоголем обусловлена этим фактором. Не удивительно в связи с этим, что многие предприятия, производящие водку и ликероводочную продукцию, в последнее время нацелены на производство напитков, максимально освобожденных от микропримесей.

Согласно ГОСТ 30536-97 к токсичным микропримесям отнесены: уксусный альдегид, метиловый эфир уксусной кислоты, этиловый эфир уксусной кислоты, метиловый спирт, изопропанол, пропанол-1, изобутиловый спирт, бутанол-1 и изоамиловый спирт. Между тем, в высококачественном этиловом спирте из зернового сырья методом хромато-масс-спектрометрии обнаруживается более 170 соединений. Помимо регламентируемых ГОСТом в пищевом спирте присутствуют в незначительных количествах кислоты, терпеновые углеводороды, азот-, бор-, кремний-, серу- и хлоросодержащие соединения, а также полифункциональные кислородосодержащие и другие соединения, которые также могут претендовать на роль токсичных микропримесей (Мурташин и др. 2001).

В Табл. 1 представлены показатели острой токсичности этилового спирта и соединений, относимых к его токсичным

микропримесям. $ЛД_{50}$[1] этилового спирта у грызунов (внутрижелудочное введение) составляет, по данным разных авторов, 7,7–9,5 г/кг. У человека средняя разовая смертельная доза этанола составляет 300 мл и может варьировать в диапазоне 200–400 мл (Лужников, Костомарова 1989; Маркизова, Гребенюк, Иваницкий 2001).

Острая токсичность ацетальдегида, вводимого в желудок, на порядок ниже токсичности того же ацетальдегида, вводимого внутривенно или внутрибрюшинно и ненамного отличается от таковой у этанола.

Последнее связано с высокой реакционной способностью ацетальдегида, благодаря которой он взаимодействует с содержимым желудка, белками слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и почти не поступает в кровь в свободном виде.

Сведения об острой токсичности ацетальдегида у человека отсутствуют. Если принять, что разовая смертельная доза 96% этилового спирта составляет 400 мл, дозы ацетальдегида, поступающего в организм человека при употреблении такого же количества наименее очищенного пищевого спирта и спирта-сырца из пищевого сырья, не превышают 0,00001 и 0,0004 $ЛД_{50}$ ацетальдегида соответственно.

Табл. 1. Показатели острой токсичности пищевого этилового спирта и основных его примесей по данным разных авторов (Нужный 1995)

Соединение	*Животные*	*Способ введения*	*$ЛД_{50}$*
Спирт этиловый ректификованный высшей степени очистки	Крысы Крысы Мыши Мыши Мыши	в/ж в/б в/ж в/ж в/б	8,6 мл/кг 7,2 г/кг 9,5 мл/кг 7,71 г/кг 9,4 мл/кг
Ацетальдегид	Крысы Мыши	в/ж в/б	5,3 г/кг 0,65 г/кг
Метиловый спирт	Крысы Мыши	в/ж в/б	5,63 мл/кг 4,8 мл/кг

[1] $ЛД_{50}$ – доза, вызывающая гибель 50% животных; в/ж – внутрижелудочное введение; в/б – внутрибрюшинное введение.

Соединение	*Животные*	*Способ введения*	*ЛД$_{50}$*
н-пропиловый спирт	Крысы Крысы Крысы Крысы	в/ж в/ж в/ж в/ж	4,75 г/кг 4,02 г/кг 2,26 г/кг 2,15 г/кг
Изопропиловый спирт	Крысы Крысы Крысы Крысы	в/ж в/ж в/ж в/ж	7,25 г/кг 5,74 г/кг 5,6 г/кг 5,0 г/кг
н-бутиловый спирт	Крысы	в/ж	3,4 г/кг
Изобутиловый спирт	Крысы Мыши	в/ж в/б	3,5 г/кг 3,1 г/кг
н-амиловый спирт	крысы крысы Мыши	в/ж в/ж в/ж	4,2 г/кг 4,5 г/кг 3,0 г/кг
Изоамиловый спирт	Крысы Крысы	в/ж в/ж	4,33 г/кг 2,8 г/кг
н-гексиловый спирт	Крысы	в/б	0,85 г/кг
н-гептиловый спирт	Крысы	в/в	0,63 г/кг

Острая токсичность высших спиртов, как следует из Табл. 1, в 1,5–3 раза превышает токсичность этанола. ЛД$_{50}$ сивушного масла в случае введения его в желудок крысам составляет 2,6 мл/кг при 9,4 мл/кг для пищевого этилового спирта (Головинская 1977). Таким образом, диапазон параметров острой токсичности высших спиртов, сивушного масла и этанола одинаков (1–10 г/кг). В соответствии с этим указанные соединения относят к категории среднетоксичных. Смертельная доза для человека при приеме внутрь составляет для бутилового спирта 200–250 мл, пропилового спирта 100–350 мл, изопопилового спирта 250–400 мл, амилового спирта 30–50 мл и изоамилового спирта 100–300 мл (Варшавец 1986; Маркизова, Гребенюк, Иваницкий 2001). Дозы высших спиртов, поступающие в организм человека при употреблении 400 мл наименее очищенного пищевого спирта и спирта-сырца из пищевого сырья, не превышают соответственно 0,00001 и 0,01 их ЛД$_{50}$, условно принятой за 2500 мг/л.

Метиловый спирт по своим органолептическим свойствам сходен с этиловым, и потому врачи-токсикологи периодически имеют дело с эпизодами отравлений метанолом. Из таблицы видно, что острая токсичность метанола, определяемая на грызунах, не намного выше, чем у пищевого спирта. Организм человека более чувствителен к его действию. Средняя смертельная доза при

приеме внутрь составляет около 100 мл, но индивидуальная чувствительность к яду обуславливает колебания смертельной дозы от 30 до 500 мл. Большинство авторов считают минимально токсичной дозу в 7–8 мл, а минимально смертельной 30–100 мл. Средние значения смертельных концентраций в крови составляют 1 г/л, но описаны случаи выздоровления отравленных при уровне метанола в крови до 9,2 г/л (Лужников 1989; Маркизова, Гребенюк, Иваницкий 2001; Томилин, Сидоров, Соловьев 1992). При условно принятой для человека $ЛД_{50}$ метанола, равной 0,6 г/кг, его дозы, поступающие в организм при употреблении 400 мл натурального этилового спирта высшей степени очистки и спирта-сырца из пищевого сырья, не превышают соответственно 0,004 и 0,01 этой величины. Следует отметить, что дозы метанола, поступающие в организм с вином или дистиллированными алкогольными напитками, при употреблении последних в количествах, вызывающих тяжелую алкогольную интоксикацию, могут в несколько раз превышать указанные выше показатели.

О токсических эффектах сложных эфиров, присутствующих во всех алкогольных напитках, в том числе метиловом и этиловом эфирах уксусной кислоты, вообще трудно что-либо сказать, поскольку они относятся к малотоксичным соединениям. Массовая концентрация сложных эфиров в спиртах, предназначенных для производства водки, согласно требованиям ГОСТов, не должна превышать 20 мг/л, а в спирте-сырце из пищевого сырья – 500 мг/л. Содержание эфиров в спиртах зарубежного производства, предназначенных для изготовления алкогольных напитков, колеблется в диапазоне 16–100 мг/л. В винах содержание этиловых эфиров жирных кислот достигает 200 мг/л и более, а оксикислот – 500 мг/л. Максимальный уровень (до 1000 мг/л) эфиров определяется в хересе (Нужный 1995).

Представленные данные позволяют утверждать, что все, так называемые токсичные, микропримеси могут оказывать токсическое действие и, тем более, приводить к летальному исходу лишь в том случае, если они употребляются в значительных количествах (30–500 мл на прием) вместо этанола. Вполне очевидно, что микропримеси в тех количествах, в которых они присутствуют в различных алкогольных напитках, не в состоянии сами по себе вызвать отравление. Примечательно, что еще в 3-м издании Большой советской энциклопедии в статье «сивушные масла» прямо указывалось, что присутствие сивушного масла в алкогольных напитках не имеет токсикологического значения. Одновременно в этой статье подчеркивалось: высокое содержание сивушного масла в алкогольсодержащих жидкостях (5–10 г/л)

может стать причиной более тяжелой алкогольной интоксикации. Отсюда следует, что «токсичные» микропримеси могут модифицировать или усиливать токсическое действие этилового спирта. Особую актуальность такая способность приобретает тогда, когда количество употребляемого алкогольного напитка находится на грани физиологических возможностей организма. Этот вопрос не был оставлен без внимания.

Вартбург с соавторами в середине 1960-х гг. обнаружил, что высшие спирты и сивушное масло ингибируют окисление I-C^{14} этанола в инкубируемых срезах печени, и выдвинул предположение, что компоненты сивушного масла конкурентно блокируют активные центры алкогольдегидрогеназы печени, приводя к увеличению токсичности этанола (Головинская 1977). Это предположение было позже подтверждено (Muller-Limmroth 1977). В одной из диссертационных работ, выполненных в СССР, было показано, что процессы абсорбции и окисления этилового спирта в присутствии компонентов сивушного масла замедляются. При этом внесение в этиловый спирт сивушного масла в концентрации 1% вызывает развитие более выраженной алкогольной интоксикации у подопытных животных, снижает показатель $ЛД_{50}$ этанола в 1,3 раза и вызывает более выраженные изменения внутренних органов крыс при хронической интоксикации (Головинская 1977). Данные о способности высших спиртов замедлять всасывание этанола в желудочно-кишечном тракте также были подтверждены (Варшавец 1986) и нашли свое место и справочной литературе. Этим до недавнего времени и исчерпывались знания о модифицирующем влиянии высших спиртов на токсичность этанола.

Недавно была предпринята еще одна попытка проверить и детализировать сведения о способности компонентов сивушного масла (СМ) и эфироальдегидной фракции (ЭАФ), полученных в процессе промышленной ректификации барды из зерносмеси ржи и пшеницы, модифицировать летальное и наркотическое действие этанола (Нужный и др. 1999*а*).

При составлении экспериментальных растворов этилового спирта руководствовались тем, что СМ и ЭАФ в процессе ректификации образуются в объемном соотношении 1:6. Примерно в таком соотношении компоненты СМ и ЭАФ присутствуют в ректификованном этиловом спирте.

Во всех опытах в качестве контрольного и экспериментальных растворов использовали 20% и 30% вес/об. растворы этилового спирта. Концентрации СМ и ЭАФ, вносимых в растворы этилового

спирта, рассчитывали в % об. по отношению к объему чистого этанола, содержащегося в растворе.

Эксперимент 1
Раствор №1 – р-р этанола, содержащий 0,2% СМ и 1,2% ЭАФ.
Раствор №2_– раствор этанола, содержащий 0,5% СМ и 3,0% ЭАФ.
Эксперимент 2
Раствор № 3 – раствор этанола, содержащий 1,0% СМ и 6,0% ЭАФ.
Раствор № 4 – раствор этанола, содержащий 2,0% СМ и 12,0%ЭАФ.
Эксперимент 3
Раствор № 5 – растворы этанола, содержащий 1,0% СМ.
Раствор № 6 – раствор этанола, содержащий 6,0% ЭАФ.

Газохроматографический анализ показал, что использованный в качестве контрольного этиловый спирт содержит метанол (78,0 мг/л), ацетальдегид (1,0 мг/л) и изопропанол (0,8 мг/л). Результаты анализа ЭАФ и СМ представлены в Табл. 2 и 3. Содержание основных компонентов ЭАФ и СМ в экспериментальных растворах № 1–4 представлено в Табл. 3.

Табл. 2. Химический состав эфироальдегидной фракции

№	Соединение	Кон-цен-трация, мг/л	№	Соединение	Кон-цен-трация, мг/л
1	Метанол	4000,0	16	Изобутанол	10,3
2	Ацетальдегид	47,0	17	1-Метокси-1-этоксиэтан	19,0
3	Метилформиат	27,0	18	Этилпропаноат	7,0
4	Ацетон	15,0	19	Пропилацетат	1,0
5	Пропаналь	3,8	20	1,1-Диэтоксиэтан	1240,0
6	Этилформиат	355,0	21	Диметилдисульфид	0,7
7	Диметилсульфид	0,4	22	Изобутилацетат	2,0
8	Метилацетат	7,9	23	Этилбутират	1,3
9	Сероуглерод	0,4	24	1,1-Диэтоксипропан	1,6
10	Пропанол	60,0	25	1,1-Диэтоксибутан	1,4
11	Изобутаналь	4,1	26	Стирол	0,5
12	Бутандион-2,3	9,6	27	1,1-Диэтокси-3-метилбутан	0,5
13	Бутанон-2	2,0	28	1,1-Диэтоксипентан	0,3
14	2-метилфуран	0,9	29	2-Пентилфуран	1,0
15	Этилацетат	1800,0	30	Этилдеканоат	0,3

Примерное процентное соотношение основных компонентов СМ выглядело следующим образом: этанол – 14%, пропанол – 8%, изобутанол – 24%, бутанол – 0,5%, изопентанол – 52%, изоамилацетат – 1,5%.

Табл. 3. Минорные компоненты сивушного масла

№ п/п	Соединение	Концентрация, мг/л
1	Метанол	17,4
2	Ацетальдегид	1,2
3	Этилацетат	2,7
4	Бутанол-2	1,0
5	2-метилбутен-3-ол-2	2,2
6	Пентанол	1,0
7	Циклопентанол	1,1
8	Циклопентанон	14,7

Табл. 4. Содержание (мг/л) основных компонентов эфироальдегидной фракции и сивушного масла в контрольном и экспериментальных растворах этилового спирта, содержащих этанол в концентрации 30 г/л

Соединение	Контр. р-р	Р-р № 1	Р-р № 2	Р-р № 3	Р-р № 4
Метанол	30,0	49,2	84,0	144,0	268,0
Ацетальдегид	0,28	2,8	6,0	12,6	25,0
Этилформиат	–	10,0	24,0	42,0	81,0
Пропанол	–	4,7	12,0	23,0	45,0
Этилацетат	–	20,0	50,0	91,0	192,0
Изобутанол	–	14,0	34,0	62,0	121,0
Бутанол	–	0,5	1,0	2,0	2,9
1,1-диэтоксиэтан	–	0,4	1,0	1,8	3,5
Изопентанол	–	56,0	150,0	276,0	435,0
2-метилбутанол-1	–	6,5	17,0	32,0	62,0
Изоамилацетат	–	0,5	1,5	2,8	5,7

Из Табл. 4 следует, что в экспериментальном растворе № 1 содержание (в пересчете на 100%-ный этиловый спирт) ацетальдегида примерно в 1,5 раза, высших спиртов в 100 раз и эфиров в 4 раза

превышает предельные значения ГОСТа для спирта высшей очистки. В растворах № 2–4 уровни указанных соединений в 2–10 раз выше. Содержание метанола превышает норму для спирта высшей очистки лишь в растворе № 4.

В Табл. 5 представлены результаты расчета среднелетальной дозы этанола при внутрибрюшинном введении мышам контрольного и экспериментальных растворов этанола. Статистически значимое снижение $ЛД_{50}$ этанола (на 13%) зарегистрировано лишь при введении раствора № 4, содержащего СМ и ЭАФ в максимальных концентрациях.

Различий в скорости элиминации этанола из крови после внутрибрюшинного введения крысам контрольного и экспериментальных растворов этилового спирта не обнаружено.

Исследование динамики наркотического действия контрольного и экспериментальных растворов этилового спирта, вводимых крысам внутрижелудочно в экспериментах 1 и 2, показало, что СМ и ЭАФ в зависимости от их концентрации в растворах замедляют выход животных из алкогольного наркоза и увеличивают тяжесть острой алкогольной интоксикации. Эксперимент 3 позволил уточнить, что комбинированное влияние СМ и ЭАФ на параметры наркотического действия этанола определяется ЭАФ.

Табл. 5. Среднелетальная доза этанола при внутрибрюшинном введении мышам контрольного и экспериментальных растворов этилового спирта

Эксперимент	Экспериментальный раствор	$ЛД_{50}$, г/кг
1	Раствор этанола, контроль	7,9 (7,6–8,4)
	№ 1 (раствор этанола + 0,2% СМ +1,2% ЭАФ)	7,6 (6,4–7,8)
	№ 2 (раствор этанола + 0,5% СМ + 3% ЭАФ)	7,2 (6,6–7,6)
2	Раствор этанола, контроль	8,0 (7,6–8,4)
	№ 3 (раствор этанола + 1% СМ + 6% ЭАФ)	7,6 (7,0–8,2)
	№ 4 (раствор этанола + 2% СМ + 12% ЭАФ)	7,1 (6,8–7,4), $p < 0,05$
3	Раствор этанола, контроль	7,9 (7,4–8,4)
	№ 5 (раствор этанола + 1% СМ)	7,8 (7,4–8,3)
	№ 6 (раствор этанола + 6% ЭАФ)	7,4 (6,9–7,9)

Интегральная характеристика выраженности наркотического действия (сумма баллов, характеризующих состояние животных за весь период наблюдения) также свидетельствует о том, что все экспериментальные растворы, за исключением раствора № 1, в котором СМ и ЭАФ представлены в минимальных концентрациях, и раствора № 5, содержащего 1% СМ, достоверно увеличивают тяжесть острой алкогольной интоксикации. Решающая роль ЭАФ в этом феномене тоже подтвердилась (Табл. 6).

Табл. 6. Показатели тяжести наркотического действия (сумма баллов) контрольного и экспериментальных растворов этилового спирта после их внутрижелудочного введения крысам в дозе 5 г/кг (в пересчете на этанол)

Эксперимент	Экспериментальный раствор	Сумма баллов (M±SD, p)
1	Раствор этанола, контроль	28,7±5,8
	№ 1 (раствор этанола + 0,2% СМ +1,2% ЭАФ)	32,4±7,7
	№ 2 (раствор этанола + 0,5% СМ + 3% ЭАФ)	33,8±6,2 $p < 0,05$
2	Раствор этанола, контроль	30,8±6,3
	№ 3 (раствор этанола + 1% СМ + 6% ЭАФ)	40,2±6,1 $p < 0,05$
	№ 4 (раствор этанола + 2% СМ + 12% ЭАФ)	48,8±7,8 $p < 0,05$
3	Раствор этанола, контроль	37,7±8,1
	№ 5 (раствор этанола + 1% СМ)	37,5±8,4
	№ 6 (раствор этанола + 6% ЭАФ)	43,4±5,4 $p < 0,05$

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что примеси, присутствующие в пищевом этиловом спирте, способны модифицировать острое токсическое и наркотическое действие этилового спирта. При этом летальное действие этанола незначительно увеличивается лишь при внесении в раствор СМ и ЭАФ в максимальных концентрациях. А наркотическое действие этанола возрастает при наличии в растворе примесей в относительно более низких концентрациях. Наиболее существенным представлялось то обстоятельство, что «ответственность» за уве-

личение наркотического действия (вероятно и летального) может быть возложена на соединения, присутствующие не в СМ, а в ЭАФ.

Из Табл. 2 следует, что доминирующим компонентом ЭАФ из зернового сырья является метанол. Учитывая это, было проведено исследование влияния метанола на острое и подострое токсическое действие этилового спирта (Нужный и др. 1999*b*).

Определение средней летальной дозы проводили на мышах, которым вводили внутрижелудочно 30%-ный раствор этилового спирта марки «Экстра» (контроль) или аналогичный раствор этанола, в который вносили метанол в концентрациях 1, 2, 4 и 6 г/л в пересчете на безводный спирт. Статистически значимое снижение (на 10%) $ЛД_{50}$ этанола наблюдалось лишь при действии раствора, содержащего метанол в максимальной концентрации. При действии растворов, содержащих метанол в более низких концентрациях, отмечена лишь тенденция к снижению этого показателя.

Исследование наркотического действия тех же растворов проводили на крысах. Установлено, что добавки метанола в зависимости от его концентрации увеличивают тяжесть интоксикации и замедляют выход животных из состояния алкогольного опьянения. Интегральные показатели выраженности опьяняющего действия (сумма баллов, характеризующая состояние животных за весь период наблюдения) этанола, содержащего метанол. в концентрациях 1, 2, 4 и 6 г/л, составили: 41,7±9,3; 42,3±8,0; 43,2±7,6 ($p < 0,05$) и 44,6±7,2 ($p < 0,05$) баллов при 37,5±10,3 балла в контрольной группе (раствор этилового спирта без добавок метанола).

Подострое токсическое действие моделировали путем внутрижелудочного введения крысам экспериментальных растворов с интервалом в 12 часов на протяжении 7 суток в максимально возможных и индивидуально подбираемых для каждого животного дозах. Оказалось, что суммарная доза этанола, полученная крысами контрольной и опытных групп в течение 7 дней алкоголизации одинакова. Показатели гибели животных разных групп и показатели снижения массы их тела в процессе алкоголизации также не различались. Судя по одинаковой динамике доз вводимого этилового спирта у животных разных групп, добавки метанола не оказывали существенного влияния на формирование толерантности к этанолу.

Различий в структуре синдрома отмены этанола у крыс разных групп не было обнаружено. Вместе с тем метанол увеличивал выраженность синдрома отмены. Его тяжесть у контрольных животных и крыс, получавших раствор этанола, содержащий метанол в концентрациях 1 и 4 г/л была оценена в 10,8±2,8, 13,6±3,3

($p < 0,05$) и 13,8±3,0 ($p < 0,05$) балла соответственно. Смертность в первые сутки после отмены этанола у этих животных составила 13,3 и 14,3% соответственно и была существенно выше, чем в контроле (1,4%).

Содержание триглицеридов в печени крыс, получавших раствор этанола без метанола и с метанолом (1 и 4 г/л), составило 12,4±8,8, 15,1±9,0 и 17,9±8,9 ($p < 0,05$) мкмоль/г, при 9,4±4,3 мкмоль/г сырой ткани у интактных животных.

Различий в выраженности постинтоксикационного алкогольного поражения сердца и слизистой оболочки желудка у животных разных групп не выявлено. При морфологическом исследовании органов-мишеней (головной мозг, сердце, печень) обнаружены слабо выраженные дистрофические изменения, обычно выявляемые у крыс, перенесших форсированную алкогольную интоксикацию и синдром отмены этанола. Различия у животных разных групп отсутствовали.

Таким образом, метанол обладает способностью модифицировать (усиливать) острое и подострое токсическое действие этилового спирта и увеличивать тяжесть спровоцированных алкоголем постинтоксикационных расстройств. Данный эффект проявляется при его содержании в растворе этанола 1000 мг/л и выше. С учетом результатов предшествующего исследования можно предполагать, что модифицирующее токсическое воздействие метанола может возрастать в присутствии других компонентов СМ и ЭАФ. Иными словами, отдельные образцы или разновидности дистиллированных алкогольных напитков и вин с очень высоким содержанием метанола и других примесей могут, по всей видимости, оказывать более выраженное токсическое воздействие на организм человека. Тем не менее, это утверждение нельзя распространять на подавляющее большинство дистиллированных алкогольных напитков и, тем более, на водку, в том числе и низкого качества.

Для проверки данного положения было предпринято сравнительное исследование токсических свойств наиболее распространенных разновидностей дистиллированных алкогольных напитков и водки. В качестве сравниваемых напитков были выбраны французский коньяк *Hennessy v.s.*, шотландский смешанный виски *Catty Sark* и раствор ректификованного этилового спирта марки «Экстра» аналогичной крепости (Нужный и др. 2002*b*, 2003).

В Табл. 7 представлены результаты газохроматографического и масс-спектрометрического исследования сравниваемых образцов коньяка и виски. Из этих данных следует, что содержание ацетальдегида, высших спиртов и сложных эфиров в коньяке и виски соответственно в 9–11 раз, 190–416 раз и 22–30 раз выше, чем в

водке. По содержанию метанола виски соответствует водке. В коньяке уровень метанола в 3 раза выше.

В экспериментах, поставленных на мышах и крысах, установлено, что сравниваемые напитки по параметрам острой токсичности (летальное и наркотическое действие) не отличаются от раствора ректификованного этилового спирта аналогичной крепости.

Табл. 7. Химический состав (летучие соединения) коньяков *Hennessy* и виски *Catty Sark*

Соединение	Концентрация, мг/л		
	Catty Sark	***Hennessy v.s.***	***Hennessy v.s.o.p.***
Ацетальдегид	30,4	36,9	39,7
Ацетон	0	0	0
Этилформиат	0	4,1	5,1
1,1-диоксиметан	0	0	0
Этилацетат	134,0	184,5	147,7
Метанол	61,0	166,2	138,1
Изо-валериановый альдегид	0	0	0
Диацетил	0	0	0
Втор-бутанол	0	0	0
Пропанол-1	282,7	137,6	118,2
Изобутанол	348,4	660,0	616,5
Изоамилацетат	8,8	3,7	3,5
Бутанол-1	3,9	2,4	3,4
Лимонен	0	1,5	2,0
Изоамиловый спирт	373,9	1529,6	1299,5
В-во *RT* 9.92 (диацетил)	0	0	0
Гексанол (этиллактат)	3,7	67,8	66,3
Уксусная кислота	78,5	150,7	36,0
Фурфурол	3,0	12,4	11,7
Пропионовая кислота	0	0	5,2
Изомасляная кислота	0	0	3,4
Масляная кислота	0	0	0
Этилдеканоат	22,8	33,6	32,4
Изо-валериановая кислота	0	10,9	16,6

Соединение	Концентрация, мг/л		
	Catty Sark	***Hennessy v.s.***	***Hennessy v.s.o.p.***
Валериановая кислота	0	21,0	0
1,3-пропиленгликоль	0	0	0
Фенилэтиловый спирт	12,7	24,9	12,1

Виски, в отличие от раствора спирта и коньяка, судя по результатам теста «открытое поле», вызывает более выраженные нарушения поведения животных, характеризующие тяжесть острого постинтоксикационного состояния. Однако при использовании теста «вращающийся стержень» различий в способности испытанных алкогольных напитков провоцировать развитие указанного состояния не обнаружено.

Подострая тяжелая алкогольная интоксикация, вызываемая раствором спирта, коньяком и виски, приводит к развитию одинаковых по выраженности повреждений печени и слизистой оболочки желудка животных.

Эксперименты показали, что коньяк и особенно виски, в отличие от раствора ректификованного этилового спирта, обладают относительно менее выраженной способностью вызывать развитие синдрома отмены этанола после прекращения многодневной форсированной алкоголизации (Нужный и др. 2003).

Результаты оценки состояния потомства самок крыс, подвергавшихся на протяжении всего периода беременности воздействию исследуемыми напитками, показали, что пренатальное воздействие раствором спирта и коньяком по ряду показателей не повлияло на животных (динамика массы тела, поведенческие реакции в тесте «открытое поле») или проявилось одинаковыми по выраженности аномалиями (исходная масса тела новорожденных, увеличение срока прорезывания глаз, способность к выработке условного пищевого рефлекса и сохранение этого навыка, поведение в условиях неизбегаемого плавания).

В отличие от раствора спирта и коньяка, воздействие виски не отразилось на некоторых параметрах развития крысят (масса тела новорожденных, сроки прорезывания глаз), их поведении в условиях неизбегаемого плавания и, более того, оказало стимулирующее влияние на темпы прироста массы тела. Пренатальная алкоголизация привела к развитию толерантности к алкоголю. Более

отчетливо этот феномен выявлялся в случае воздействия раствором спирта и виски.

Наиболее существенные различия в пренатальном действии раствора спирта, с одной стороны, и коньяка и виски, с другой, проявились при оценке размеров добровольного потребления животными 10%-ного раствора этанола (Рис. 4). Раствор пищевого спирта индуцировал резкое (в 3 раза) увеличение потребления алкоголя. Напротив, коньяк и виски практически не повлияли на характер «алкогольного» поведения животных.

Полученные данные подтверждают сделанный нами ранее вывод о том, что примеси в тех концентрациях, в которых они присутствуют в большинстве дистиллированных алкогольных напитков, не в состоянии потенцировать токсическое действие алкоголя. И более того, компоненты неалкогольной природы, присутствующие в некоторых дистиллированных алкогольных напитках, могут предупреждать развитие феномена предпочтительного потребления этанола у животных, подвергавшихся воздействию алкоголем в процессе внутриутробного развития.

Здесь необходимо упомянуть исследование, результаты которого, на первый взгляд, кажутся парадоксальными (Погорелов и др. 2003). Проведена сравнительная оценка острой токсичности трех образцов пищевого этилового спирта, которые по содержанию микропримесей соответствовали требованиям ГОСТа. Один из образцов по содержанию микропримесей соответствовал верхней границе показателей ГОСТа, второй отличался исключительно низким содержанием микропримесей, и третий занимал промежуточное положение по критерию чистоты. Следует отметить, что присутствие пропанола-2 во втором образце удалось подтвердить лишь с помощью метода масс-спектрометрии. Авторы анализировали динамику смертности мышей после внутрибрюшинного введения 40%-ных растворов исследуемых спиртов в дозах 6 и 8 мл/кг (в пересчете на этанол) и поведение животных в тесте «крестообразный лабиринт» после введения им аналогичных растворов в дозе 3 мл/кг (в пересчете на этанол). Было установлено, что образец качественного спирта, содержащий микропримеси в относительно больших концентрациях, оказывает менее выраженное токсическое действие. Иными словами, «токсичные» микропримеси обладают способностью снижать токсичность этанола. Отсюда следует, что стремление производителей обеспечить население сверхчистой водкой может иметь негативные последствия.

Самогон

Самогон и другие напитки домашнего изготовления в России всегда составляли конкуренцию алкогольным напиткам, произведенным легально. До 1990 г. Госкомстат проводил расчеты потребления самогона на основе закупок сахара населением и выборочных исследований семейного бюджета. По этим расчетам, в 1987 г., когда государственная продажа алкогольных напитков в Российской Федерации в результате проведения антиалкогольной кампании сократилась до самого низкого уровня (3,9 л абсолютного алкоголя на душу населения), потребление алкоголя составило 6,1 л (Неледов 1995). Этот показатель был, по-видимому, выше, поскольку не учитывал самогон, изготавливаемый населением из других продуктов. По некоторым оценкам самогон, изготавливаемый из зерна, картофеля, сахарной свеклы, патоки, яблок и прочих продуктов, составляет 25% от общего количества, изготавливаемого самогона (Заиграев 1992). После 1989 г. подсчет размеров самогоноварения уже не проводился. Он потерял свою значимость из-за перебоев в снабжении сахаром и введения его рационирования, а после 1991 г. – в связи с тем, что резко возросшая цена сахара при относительно низкой цены водки, сделала изготовление самогона мало выгодным.

Если предположить, что самогон является тем алкогольным напитком, который определяет масштабы острой алкогольной смертности, можно было бы ожидать, что количество летальных исходов от отравлений алкоголем и его суррогатами в 1985–1987 гг. достигнет чрезвычайно высокого уровня. Однако уровень смертельных отравлений в эти годы был самым низким за всю историю последнего периода (20 лет) существования СССР и постсоветской России.

Представление о высокой токсичности самогона имеет давнюю историю. Оно сформировалось в советский период времени – в эпоху череды мероприятий административного и уголовного характера, направленных на пресечение самогоноварения. Одно из самых жестких мероприятий такого рода – Указ Верховного Совета СССР 1948 г. «Об уголовной ответственности за изготовление и продажу самогона», согласно которому самогонщики карались на срок не менее 6 лет с конфискацией имущества. Неудивительно, что для научного и идеологического прикрытия этого и других подобных мероприятий формировалось соответствующее представление о губительном воздействии самогона на организм человека. В качестве примера «научного» обоснования мер, предпринимаемых в отношении самогонщиков в период

проведения антиалкогольной кампании 1985–87 гг. можно привести книгу А. Т. Филатова (Филатов 1986). В ней, в частности, сообщается, что «Прием даже небольшого количества самогона вызывает грубые изменения психики. У одних возникает выраженное двигательное возбуждение с агрессивными действиями, злобно раздражительным настроением; у других – быстро наступает помутнение сознания, которое переходит в тяжелый сон с сильной головной болью после пробуждения» или «Вскоре после приема самогона наблюдаются ощущение жжения в области желудка, головная боль, тошнота, рвота, повышается артериальное давление, нарушается деятельность почек, в моче обнаруживается кровь, белок, цилиндры, прекращается выделение мочи».

Между тем никаких обстоятельных и тем более систематических исследований токсических свойств самогона не проводилось. Можно привести лишь результаты единичных клинических наблюдений. Сообщалось, в частности, о пяти случаях психических расстройств, возникших после приема 0,2–2,0 л араки, которые характеризовались сумеречным состоянием, психомоторным возбуждением с эпилептическими судорожными припадками и слуховыми галлюцинациями (Скрябина 1960: 107). Сходная картина острой интоксикации описана у больных алкоголизмом, употреблявших одеколон, брагу и самогон (Храмов 1968). Следует отметить, что указанные признаки острой токсической энцефалопатии не являются чем-то необычным и развиваются практически у всех отравленных алкоголем (Ливанов и др. 2000). Другим авторам в ходе многолетнего наблюдения большого числа лиц, потреблявших самогон (в том числе и больных алкоголизмом), не удалось обнаружить каких-либо специфических особенностей клинической картины опьянения и абстиненции (Миневич, Кершенгольц 1989).

Имеются также единичные наблюдения, позволяющие предполагать, что хроническая интоксикация самогоном может особым образом влиять на формирование алкоголизма. Отмечалось, что употребление одеколона, браги и самогона лицами, страдающими алкоголизмом, быстро приводит к развитию психоорганического синдрома с явлениями церебростении или энцефалопатии (Филатов 1986).

О химическом составе самогона до недавнего времени существовало весьма приблизительное представление. Сведения на эту тему удалось найти лишь в двух публикациях. В одной из работ (Воронов 1926) приводятся данные по химическому анализу проб самогона, изъятого у населения: сивушное масло – 0,19–1,57%

вес. в пересчете на абс. алкоголь, альдегиды – 0,02–0,20% вес. в пересчете на абс. алкоголь, эфиры – 698-1465 мг/л абс. алкоголя, кислоты – 132,7–989,0 мг/л в пересчете на уксусную кислоту. В другой, где анализировались образцы самогона, изъятого у населения районными прокуратурами, были обнаружены этиловый спирт – 31,8–35,4%, изоамиловый спирт – 0,18–0,83% и изобутиловый спирт – 0,03–0,62% (Мурташин и др. 2001).

Эти данные указывают на то, что самогон, изготавливаемый населением России, по химическому составу и количеству примесей практически соответствовал дистиллированным алкогольным напиткам, производимым в Западной Европе и Америке в середине прошлого столетия. Так, например, содержание высших спиртов в образцах рома, бренди и виски нередко достигало 1–4 г/л абсолютного спирта (Fleishmann 1959).

Учитывая актуальность вопроса с самогоном, его крайне недостаточную изученность, а также неоднозначность существующих данных, недавно в Национальном научном центре наркологии Минздрава РФ было проведено соответствующее социологическое и химико-токсикологическое исследование (Нужный, Савчук, Каюмов 2002).

Исследование размеров и особенностей потребления алкогольных напитков домашнего изготовления сельским населением России проводилось под руководством Г. Г. Заиграева в период январь – май 2001 г. в трех регионах Российской Федерации: Нижегородской, Воронежской и Омской областях. Объектом исследования были 75 семей (по 25 семей из каждого региона, всего 210 человек). В фиксированные промежутки времени (последние четыре дня второй и четвертой недель месяца) на протяжении четырех месяцев фиксировались частота и стереотип потребления алкоголя, а также количество и разновидность алкогольных напитков, потребляемых респондентами.

Было установлено, что основным потребляемым алкогольным напитком является самогон. Соотношение потребляемых самогона и водки – 4,8:1. Половина участников обследования употребляет самогон 4 раза в неделю и чаще. Потребление самогона было типично для всех возрастных групп. Наибольшее потребление самогона зарегистрировано в возрастных группах 30–49 лет и 50 лет и старше. Количество выпиваемого за месяц самогона в среднем на каждого члена семьи, включая детей, составило 1363 мл (мужчины – 2225 мл, женщины – 752 мл). Предпочтительное потребление самогона определяется, главным образом, его экономической доступностью (себестоимость самогона почти в 5 раз ниже стоимо-

сти водки) и убеждением о более высоком качестве и безопасности алкогольных напитков домашнего изготовления.

Данные, полученные при проведении социологического фрагмента данной работы, согласовались с результатами предшествующего исследования, проведенного под руководством Г. Г. Заиграева в феврале 1999 г. Опрос 1500 человек в семи регионах России, проведенный МВД РФ, показал следующее: около половины населения считают, что изготовление и потребление самогона имеет массовый характер. В городах данный показатель ниже, а в селах и рабочих поселках количество лиц, положительно ответивших на этот вопрос, достигает 3/4 от общего числа респондентов. Эти результаты согласуются также с оценками многих врачей-наркологов, подтверждающих, что в селах и малых городах Центрального и Северо-Западного регионов России самогоноварение сохраняется на достаточно высоком уровне.

Исследованию подвергали образцы самогона, приобретенного у респондентов в процессе социологического обследования. В общей сложности был исследован 81 образец. Химический анализ образцов проводили с использованием методов газовой хроматографии и хромато-масс-спектрометрии, а оценку токсичности – с помощью экспресс-метода (тест-объект – сперма крупного рогатого скота) и стенда для испытаний спиртов и водок на токсичность.

Судя по прилагавшимся описаниям, почти все образцы самогона были изготовлены из сахара, за исключением нескольких образцов, исходным сырьем для которых явилась патока. Технология домашнего изготовления самогона обычно включала в себя следующие этапы: 1) приготовление сахарного сиропа, 2) ферментация сиропа с использованием пекарских дрожжей, 3) однократная отгонка на самодельном перегонном аппарате с отбрасыванием головной и хвостовой фракций погона (иногда головная или хвостовая фракции погона не отбрасывались). В единичных случаях применялась двойная перегонка. Иногда использовался прием настаивания полученного продукта на растительном или ином сырье (кора дуба, кора лимона, прополис, мед, кедровый орех, лист чая, плоды чернослива). Образцы самогона, при изготовлении которых применялся прием настаивания, были слабо или интенсивно окрашены (от слабо желтого до светло-коричневого цвета). Некоторые окрашенные образцы имели низкую прозрачность, при отстаивании в них обнаруживался осадок.

Примерно половина исследуемых образцов самогонов была изготовлена потребителями самостоятельно. Другая половина - приобретена у соседей или знакомых.

Содержание этанола в исследованных образцах составило в среднем 41,5%,об. В образцах самогона из Нижегородской области – 40,5%,об. (24,2–50,6%), Воронежской обл. – 45,1%,об. (39,6–62,2%) и из Омской обл. – 39,4%,об. (16,5–47,0%).

По химическому составу образцы самогона, полученные из разных регионов и приготовленные по различающимся «технологиям», в целом были весьма похожи на алкогольные напитки промышленного производства, полученные путем дистилляции (Табл. 8). Тем не менее они обладали некоторыми отличительными особенностями.

Табл. 8. Сравнение химического состава самогона (усредненные показатели по 80 образцам) и алкогольных напитков промышленного производства, полученных путем дистилляции

Соединение	**Концентрация, мг/л**		
	Самогон	**Коньяк (Россия)**	**Граппа (Италия)**
Ацетальдегид	61,2	88,3	174,0
Вещество RT 2.25	1,0	0	0
Ацетон	3,8	1,7	2,0
Этилформиат	1,0	2,2	2,4
1,1-диоксиметан	0	2,7	2,2
Этилацетат	165,5	1132,4	281,5
Метанол	19,0	177,5	1621,5
Изо-валериановый альдегид	2,1	0	2,7
Диацетил	2,4	24,4	9,9
Вещество RT 5.05	0,4	0	0
Втор-бутанол	11,9	44,1	34,5
Пропанол-1	170,1	124,3	247,1
Изобутанол	1128,7	162,1	299,4
Изоамилацетат	8,0	13,6	9,6
Бутанол-1	14,5	23,3	11,9
Лимонен	1,0	0	0
Изоамиловый спирт	1443,2	613,8	666,2
Вещество RT 9.92 (диацетил)	18,3	108,4	3,8
Гексанол (этиллактат)	9,8	250,1	78,0
Вещество RT 11.82	1,2	0	0
Уксусная кислота	266,8	494,3	63,9
Фурфурол	1,0	5,5	3,0
Пропионовая кислота	2,6	10,1	4,3

Соединение	**Концентрация, мг/л**		
	Самогон	**Коньяк (Россия)**	**Граппа (Италия)**
Бензальдегид	21,6	0	0
Изомасляная кислота	89,6	3,7	4,8
Масляная кислота	3,6	23,8	36,2
Этилдеканоат	5,4	0	0
Диэтилсукцинат	0,1	0	0
Изо-валериановая кислота	28,2	14,1	11,1
Валериановая кислота	1,1	22,1	5,3
1,3-пропиленгликоль	0,1	7,5	15,6
Фенилэтиловый спирт	46,7	8,5	6,3
Додециловый спирт	5,6	0	0

Все исследуемые образцы содержат мало метанола. Его содержание в напитках колеблется в пределах 0,48–28,6 мг/л. Лишь в одной пробе обнаружен аномально высокий уровень метанола – 655,3 мг/л. Для сравнения, в этиловом спирте марки «Экстра», используемом для производства водки, содержание метанола допускается в пределах 240 мг/л. В бренди и виски содержание метанола составляет обычно 200–1000 мг/л. (Нужный 1995; Шатиришвили 1998). При этом в пробах самогона присутствует большое содержание этилацетата – компонента, близкого метанолу по летучести. Поэтому низкое содержание метанола, видимо, объясняется не условиями перегонки, а составом сырья (в основном сахар) и условиями спиртового брожения.

Характерным для всех исследованных самогонов является присутствие в них значительного количества изо-валериановой кислоты, что нетипично для других типов спиртных напитков, полученных промышленным способом с использованием ректификации или перегонки.

Характерным для всех самогонов (из сахарного сырья) является наличие в них ацетона, превалирующего над метилацетатом/этилформиатом, что не характерно для других типов спиртных напитков, полученных без нарушения технологии.

Большинство проб содержит лимонен в количестве 0,5–1,0 мг/л, в некоторых пробах его содержание достигает 20–30 мг/л. В отдельных случаях это может быть связано с настаиванием самогона на коре лимона. Необходимо отметить, что лимонен иногда обнаруживается в спиртах, полученных из сахарного или зернового сырья и при анализе фабричного спирта-сырца различных

производителей. Пути попадания лимонена в продукт к настоящему времени не ясны.

Качество исследованных самогонов оценивали по следующим критериям: 1) наличие или отсутствие преобладания процесса молочнокислого брожения над спиртовым; 2) наличие или отсутствие окислительных процессов в ходе ферментации; 3) наличие или отсутствие в самогоне большого количества примесей, характерных для хвостовой фракции дистиллята.

О преобладании молочнокислого брожения над спиртовым судили по содержанию этиллактата. Этиллактат в концентрациях до 200 мг/л (в пересчете на безводный спирт) не оказывает влияния на качество дистиллированных алкогольных напитков. Однако сопутствующие ему соединения, образующиеся при яблочно-молочном брожении, снижают качество коньячного спирта и виноматериалов (49).

Окислительные процессы контролировали по наличию в пробах диацетила и ацетоина. В винах и коньяках присутствие этих веществ сопровождается появлением в аромате ацетоновых тонов, что резко ухудшает их органолептические свойства. Например, в пиве содержание дикетоновых соединений нормируется: содержание в нем диацетила не должно превышать 0,1 мг/л (Хиабахов 2001). Повышенному содержанию диацетила, ацетоина и этиллактата обычно сопутствует повышенное содержание уксусной кислоты.

Качество дистилляции оценивали по содержанию компонентов, характерных для "хвостовой" фракции дистиллята: уксусной, пропионовой, изо-масляной кислот и фенилэтилового спирта.

В соответствии с этими критериями все исследованные пробы самогонов можно разделить на три группы (табл. 9).

Первая группа (около половины образцов) содержит незначительное, по сравнению с другими дистиллированными алкогольными напитками (например, коньяк или виски), количество примесей. Самогоны этой группы можно охарактеризовать, как алкогольные напитки достаточно высокого качества.

Во второй группе (около 30% образцов) присутствует большое количество труднолетучих компонентов – жирных кислот и высших спиртов, характерных для "хвостовой" фракции (сивушное масло). Указанный дефект обусловлен нарушением правила перегонки, согласно которому необходимо своевременно прекращать процесс дистилляции. Самогоны этой группы отличаются низкими органолептическими свойствами.

Третья группа (17,5% от общего числа исследованных проб) – образцы, компонентный состав которых резко отличается от ти-

пичного. Образцы, вошедшие в эту группу, содержат диацетил, ацетоин и этиллактат в аномально высоких концентрациях, или большое количество компонентов эфироальдегидной фракции (ацетон, этилацетат, ацетальдегид), или значительное количество компонентов хвостовой фракции погона (высшие спирты, фенилэтиловый спирт, уксусная кислота, изо-валериановая кислота). Отдельные пробы самогона, отнесенные к этой группе, содержат значительное (по сравнению с другими образцами) количество лимонена. В одном из образцов обнаружен бензальдегид, который характерен для горькоминдального масла (компонент «отдушки»). Образец (Г) из третьей группы, представленный в табл. 3, является одним из самых худших. Его химический состав свидетельствует о дефектах изготовления самогона на этапах ферментации и перегонки.

Табл. 9. Химический состав образцов самогона.
А – усредненные показатели по 80 образцам,
Б – типичный образец из группы 1,
В – типичный образец из группы 2,
Г – образец из группы 3

	Концентрация, мг/л			
Соединение	**А**	**Б**	**В**	**Г**
Ацетальдегид	61,2 (5,3–849,8)	53,2	86,1	849,8
В-во *RT* 2.25	1,0 (0–12,9)	0	2,7	0
Ацетон	3,8 (0–17,6)	4,4	2,2	13,7
Этилформиат	1,0 (0–18,5)	0	1,6	7,5
Этилацетат	165,5 (3,3–655,3)	150,2	469,2	655,3
Метанол	19,0 (0–655,3)	4,9	13,2	28,6
Изо-валериановый альдегид	2,1 (0–36,5)	0	0,9	36,5
Диацетил	2,4 (0–86,9)	0	2,6	86,9
Вещество *RT* 5.05	0,4 (0,–5,9)	0	1,2	5,9
Втор-бутанол	11,9 (0–212,8)	0	0	0
Пропанол-1	170,1 (8,2–566,4)	58,1	96,8	566,4
Изобутанол	1128,7 (18,7–3873,6)	870,2	1211,9	568,8
Изоамилацетат	8,0 (0–236,9)	0	0	0
Бутанол-1	14,5 (0–256,3)	0	0	33,5
Лимонен	1,0 (0–21,5)	0	0	0
Изоамиловый спирт	1443,2 (35,5–4681,6)	981,2	927,1	1073,7
В-во RT 9.92 (диацетил)	18,3 (0–318,1)	11,6	6,8	318,1
Гексанол (этиллактат)	9,8 (0–264,3)	3,1	4,9	12,5
Вещество RT11.82	1,2 (0–12,1)	1,6	1,0	0

	Концентрация, мг/л			
Соединение	**А**	**Б**	**В**	**Г**
Уксусная кислота	266,8 (0–763,6)	227,2	697,3	474,7
Фурфурол	1,0 (0–11,1)	0	1,3	5,4
Пропионовая кислота	2,6 (0–32,2)	0	7,3	13,3
Бензальдегид	21,6 (0–999,1)	0	0	0
Изомасляная кислота	89,6 (0–418,4)	51,0	105,8	10,5
Масляная кислота	3,6 (0–36,5)	10,3	8,5	0
Этиленгликоль	1,8 (0–64,3)	0	0	64,3
Этилдеканоат	5,4 (0–71,3)	0	0	0
Диэтилсукцинат	0,1 (0–9,3)	0	0	0
Изо-валериановая кислота	28,2 (0–102,7)	17,7	29,7	0
Валериановая кислота	1,1 (0–11,8)	3,6	2,3	0
1,3-пропиленгликоль	0,1 (0–5,5)	0	0	0
Фенилэтиловый спирт	46,7 (0–153,8)	34,0	13,2	28,5
Додециловый спирт	5,6 (0–311,1)	0	0	0

При проведении токсикологического исследования установлено, что 41 образец по уровню токсичности соответствует водке или 40%-ному раствору пищевого этилового спирта марки «Экстра», а 22 образца обнаружили повышенную токсичность. Внесение проб из числа этих образцов в культуру сперматозоидов снижало или увеличивало подвижность последних.

В Табл. 10 представлена характеристика химического состава самогонов отнесенных к нетоксичным (А) и токсичным (Б). Из нее следует, что образцы, отнесенные к токсичным и нетоксичным, по содержанию соединений, выявляемых методами газовой хроматографии и масс-спектрометрии, практически не различаются. Дополнительно проведенный корреляционный анализ также не выявил статистически значимой и логически обоснованной связи между показателями концентрации веществ, присутствующих в образцах самогона, и показателем их токсичности.

Использованный в работе экспресс-метод оценки токсичности образцов самогона нуждается в некоторых комментариях. Применение так называемых альтернативных или упрощенных методов исследования в токсикологии подвергается критике и, во всяком случае, имеет свои ограничения (Крассовский, Егорова 2003). Сообщалось, например, что при оценке токсичности образцов водки с использованием в качестве тест-объекта спермы крупного рогатого скота в Центре госсанэпиднадзора Ростовской области 35% образцов обнаружили повышенную токсичность. Однако при последующем расширенном санитарно-химическом и газохроматографическом исследовании этих образцов отклонений от установленных нормативов обнаружено не было (Кожевникова, Морылев,

Егорова 2003). Аналогичное несовпадение результатов экспресс-анализа токсичности и газохроматографического анализа при исследовании образцов водки и алкогольных напитков домашнего изготовления отмечено и в Центре госсанэпиднадзора Казани (Нургалиева, Хамитова, Имамов 2003).

Одна из особенностей данного экспресс-метода заключается в том, что в сперматозоидах отсутствуют ферментные системы, способные метаболизировать этанол. Соответственно в этих клетках не происходит образования ацетальдегида и других, вторичных метаболитов этанола. В них не возникает гиперметаблического состояния и не развивается гиперпротонемии, которые имеют место в гепатоцитах при алкогольной интоксикации. По сути дела сперматозоиды реагируют лишь на мембранотропное действие этанола. Учитывая это, можно лишь предположить, что некие нелетучие примеси, присутствующие в самогоне, обладают способностью модифицировать мембранотропное действие этанола. Таким образом, результаты, полученные с использованием данного метода, следует считать сугубо ориентировочными. Полная ясность в рассматриваемый вопрос может быть внесена только после верификации результатов экспресс-оценки токсичности другими методами, применяемыми в токсикологии алкоголя и алкогольных напитков.

Табл. 10. Сравнительная характеристика химического состава самогонов, отнесенных к нетоксичным (А) и токсичным (Б)

	Концентрация, мг/л	
Соединение	**А** (n = 41)	**Б** (n = 22)
Ацетальдегид	48,7 (9,2–91,9)	62,7 (5,3–126,6)
Вещество RT 2.25	1,4 (0–12,9)	0
Ацетон	2,5 (0–7,8)	6,6 (0–17,6)
Этилформиат	1,3 (0–18,5)	0,5 (0–2,9)
Этилацетат	160,3 (5,2–631,6)	162,3 (3,3–290,4)
Метанол	24,3 (0–655,3)	8,4 (0,2–23,6)
Изо-валериановый альдегид	0,1 (0–3,4)	0
Диацетил	0,8 (0–14,8)	0,7 (0–14,8)
Вещество RT 5.05	0,1 (0–2,6)	0
Втор-бутанол	10,4 (0–212,8)	16,3 (0–192,5)
Пропанол-1	171,2 (56,7–470,7)	145,2 (8,2–349,0)
Изобутанол	1076,3 (269,9–3200,5)	1233,8 (18,7–3873,6)

Концентрация, мг/л		
Соединение	**А** (n = 41)	**Б** (n = 22)
Изоамилацетат	9,5 (0–236,9)	6,2 (0–13,1)
Бутанол-1	17,9 (0–256,3)	8,63 (0–30,5)
Лимонен	0,1 (0–3,9)	2,9 (0–21,5)
Изоамиловый спирт	1429,8 (463,7–4661,6)	1478,8 (36,5–3169,0)
Вещество RT 9.92 (диацетил)	2,8 (0–11,6)	2,2 (0–11,6)
Гексанол	12,4 (0–264,3)	5,3 (0–21,1)
Вещество RT 11.82 (этилоктаноат)	1,2 (0–5,3)	1,5 (0–12,1)
Уксусная кислота	210,2 (0–697,3)	266,2 (0–763,6)
Фурфурол	0,8 (0–11,1)	0,9 (0–7,2)
Пропионовая кислота	3,1 (0–32,3)	1,8 (0–14,5)
Бензальдегид	34,8 (0–999,1)	0
Изомасляная кислота	83,7 (0–418,4)	98,4 (0–207,3)
Масляная кислота	4,4 (0–26,4)	2,2 (0–36,5)
Этилдеканоат	6,3 (0–71,3)	4,5 (0–33,4)
Диэтилсукцинат	0	0,4 (0–9,3)
Изо-валериановая кислота	24,6 (9,0–98,5)	35,4 (0–102,7)
Валериановая кислота	1,53 (0–11,8)	0,5 (0–4,4)
1,3-пропиленгликоль	0,1 (0–5,5)	0
Фенилэтиловый спирт	43,8 (0–153,8)	50,9 (21,7–139,8)
Додециловый спирт	1,5 (0–61,0)	14,4 (0-311,1)

В другом исследовании, также проведенном в Национальном научном центре наркологии Минздрава РФ, была предпринята попытка провести сравнительную оценку острого и подострого действия самогонов, полученных из сахара и меда в эксперименте на животных (Нужный и др. 1999*c*).

Образцы самогона из сахара и меда были изготовлены с соблюдением основных приемов, используемых населением. Для этого «вареный» хмельной мед и брага, полученная путем ферментации (пекарские дрожжи) раствора свекловичного сахара, подвергались однократной перегонке с отбрасыванием головной и хвостовой погонных фракций (медовый самогон является аналогом древнерусского крепкого алкогольного напитка под названием «медовая водочка»). В качестве эталона для сравнения использовали раствор этилового спирта из зерносмеси ржи и пшеницы марки «Экстра»,

полученный на спиртоперегонном заводе ОАО «Алвист» в г. Бежецк Тверской области.

Анализ химического состава экспериментальных образцов самогона также проводили с использованием методов газовой хроматографии и масс-спектрометрии. Токсикологические исследования проводили на самцах мышей и крыс. Животным контрольной группы вместо исследуемых спиртосодержащих жидкостей вводили эквиобъемное количество воды.

Состав и содержание примесей в растворе эталонного этилового спирта и образцах самогона представлены в Табл. 11. Из таблицы следует, что пробы самогона содержат аномально низкие концентрации метанола. Хроматографический профиль образцов приближается к профилю текилы или рома – напитков, полученных промышленным способом. Особенностью самогона из меда является высокое содержание этилацетата.

Табл. 11. Состав и содержание (мг/л безводного этанола) примесей в эталонном этиловом спирте (образец № 1) и в образцах самогона, изготовленного из сахара (№ 2, № 3, № 4) и из меда (№ 5)

Соединение	Образцы самогона				
	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5
Ацетальдегид	2	154	158	36	51
Диметилацеталь формальдегида	–	6	70	–	–
Ацетон	–	10	10	–	следы
Этилформиат/ Метилацетат	0,6	6	–	–	3
Этилацетат	–	307	64	198	765
Метанол	78	39	8	6	3
Пропанол-1	0,3	262	237	166	159
Изобутанол	–	1610	1938	1065	564
Бутанол-1	–	8	11	следы	6
4-гептанон,3-метил	–	9	11	–	следы
Изопентанол	0,2	2130	2778	2715	1691
Гексанол	–	18	152	3	6
Уксусная кислота	0,3	1047	1250	114	123
2,3-бутиленгликоль	–	158	190	20	10
Изомасляная кислота	–	278	212	26	11
1,2-бутиленгликоль	–	24	38	–	–
1,2-пропиленгликоль	–	6	135	6	9

Соединение	Образцы самогона				
	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5
Этилдеканоат	–	25	10	13	6
Изовалериановая кислота	–	90	103	28	21
Валериановая кислота	–	8	71	13	8
1,3-пропиленгликоль	–	следы	53	22	следы
Фенилэтиловый спирт	–	226	201	34	48

ПРИМЕЧАНИЕ: Помимо указанных в таблице, обнаружены также следующие соединения: в образце самогона № 1 – амилацетат (18 мг/л безводного спирта) и нонанол-1 (3 мг/л); в образце самогона № 2 – н-амиловый спирт (14 мг/л) и ундеканол-1 (8 мг/л); в образце самогона № 3 – деканол-1 (3 мг/л). Некоторые из указанных соединений идентифицированы в следовых количествах (0,5 мг/л и менее) в других исследованных образцах самогона.

Различий в остром токсическом действии исследуемых жидкостей, судя по их среднелетальной дозе, не обнаружено. Показатели ЛД50 составили: для раствора эталонного спирта 7,4 (7,2–7,6) г/кг, для медового самогона 7,4 (7,0–7,8) г/кг и для самогона из сахара 7,5 (7,1–7,8) г/кг.

Различий в скорости элиминации этанола после внутрибрюшинного введения растворов также не обнаружено. Показатели элиминации во всех экспериментальных группах были одинаковыми.

Интегральные показатели выраженности наркотического действия для раствора эталонного спирта и сахарного самогона не различались (43,3±11,2 и 41,5±12,2 балла соответственно). Тяжесть наркотического действия медового самогона была существенно ниже (34,3±6,9 балла, $p < 0,005$).

При исследовании подострого токсического действия установлено, что различия между подопытными группами по большинству показателей отсутствуют. У крыс, подвергавшихся воздействию раствором спирта, самогонами из меда и сахара, суммарная, индивидуально подбираемая доза этанола, полученная крысами за 7 дней алкоголизации, составила 58,8±8,2, 55,7±5,0 и 57,4±4,5 г/кг, гибель животных – 36,9 30,4 и 28,6%, а масса тела уменьшилась, в среднем, на 42,7, 51,1 и 47,4 г соответственно. В контроле за этот период масса тела возросла в среднем на 9,0 г.

Различий в тяжести и структуре синдрома отмены этанола также не обнаружено. Тяжесть синдрома отмены у крыс, подвергавшихся воздействию раствором спирта, самогоном из меда и сахара, была оценена в 13,2±2,7, 12,5±2,9 и 12,1±3,3 балла соответственно. Смертность в первые сутки после отмены этанола у

крыс, получавших медовый и сахарный самогон, составила 30,3 и 30,0%. У животных подвергавшихся воздействию эталонного спирта, она была несколько ниже – 16,6% (различия статистически незначимы).

Постинтоксикационное алкогольное поражение сердца у подопытных крыс характеризовалось незначительным падением пикового систолического давления, снижением диастолического давления в полости левого желудочка сердца и снижением показателей максимальной скорости сокращения и расслабления сердца. Различия между группами отсутствовали.

Аналогичным образом в подопытных группах отсутствовали различия показателей содержания триглицеридов в печени и выраженности постинтоксикационного повреждения слизистой оболочки желудка.

При морфологическом исследовании органов-мишеней обнаружены слабо выраженные дистрофические изменения, обычно выявляемые у крыс, перенесших форсированную алкогольную интоксикацию и синдром отмены этанола. Различия у животных разных групп отсутствовали.

Судя по результатам, полученным с помощью использованных в работе тестов, исследованные образцы самогонов из меда и сахара по показателям острой и подострой токсичности практически не отличаются от раствора эталонного этилового спирта аналогичной крепости.

Из полученных результатов следует также, что биологическое действие медового самогона отличается некоторыми особенностями. Данный напиток оказывает менее выраженное наркотическое действие по сравнению с раствором этилового спирта и самогоном из сахара. Аналогичный эффект отмечен и лицами, знакомыми с действием «медовой водочки», которые утверждают, что опьянение при ее продолжительном употреблении развивается медленно, имеет положительную эмоциональную окраску и лишено оглушающего действия, присущего водке. Механизм этого феномена неясен. Можно лишь предположить, что некие микропримеси, присутствующие в медовом самогоне, обладают способностью увеличивать интенсивность метаболизма алкоголя или препятствовать реализации наркотического действия этанола на ЦНС.

Таким образом, результаты недавно проведенных исследований указывают на то, что наиболее распространенная в России разновидность самогона (из сахара), приготовленного с соблюдением традиционных приемов ферментации и перегонки, по параметрам острой и подострой токсичности не отличается от водки. Очевидно

также, что несоблюдение приемов ферментации и перегонки существенным образом влияет на химический состав продукта, его органолептические свойства и, вероятно, в отдельных случаях может оказывать влияние на его токсичность.

Известно, что при изготовлении самогона, предназначенного на продажу, иногда используют приемы «фальсификации». Для этого разбавленный водой самогон настаивают на субстанциях, оказывающих психоактивное, «одурманивающее» действие (листья табака, шишки хмеля и даже куриный помет и шифер). С высокой долей вероятности можно предполагать, что подобные фальсификаты обладают низкими органолептическими свойствами и повышенной токсичностью. Однако случаи такой фальсификации редки, крайне негативно воспринимаются населением и не в состоянии существенным образом повлиять на показатели смертности от отравлений алкоголем и его суррогатами.

Самогон, изготавливаемый населением России, по сути дела, является аналогом других дистиллированных алкогольных напитков домашнего (ракия, зивания, кашаса, арака, тутовка, сливовица и др.) и промышленного (текила, коньяк, виски, ром, кальвадос и др.) изготовления. В подавляющем большинстве стран мира «крепкий» алкоголь употребляется в виде дистиллированных алкогольных напитков. Если бы напитки такого рода были более токсичными, чем водка, то это неизбежно отразилось бы на показателях острой алкогольной смертности. И наоборот, в странах, где наиболее предпочитаемым алкогольным напитком является водка (Россия, Польша и страны Балтии) следовало бы ожидать относительно более низкой смертности от отравлений алкоголем. Жизненные реалии не подтверждают данного предположения и скорее свидетельствуют об обратном.

Спирт этиловый технического назначения

Спирты этиловые из непищевого сырья запрещено использовать для производства алкогольных напитков. Следует отметить, что изготовление фальсификатов водки на основе таких спиртов длительный период времени (вплоть до 1980-х гг.) было если и возможно, то весьма затруднительно из-за их очень низких органолептических свойств. Эти спирты имели низкую степень очистки, поскольку предназначались исключительно для технических целей. Попытки разработать технологии очистки таких спиртов с целью расширения сферы их применения предпринимались неоднократно. И лишь в начале 1990-х гг. были разработаны оптимальные способы их дополнительной очистки (ректификации).

Образцы дополнительно очищенного гидролизного и синтетического спиртов предназначались для использования в медицине, в фармацевтической, парфюмерной и пищевой промышленности, в том числе для производства алкогольных напитков. В 1993 г. Госкомитет санэпиднадзора РФ выдал разрешение на использование ряда разновидностей ректификованного гидролизного и синтетического спиртов в пищевой промышленности, в том числе для производства алкогольных напитков (гигиенические сертификаты № IП-II/771 от 12.06.93, № 1П-11/445 от 03.06.93 и № 1П-11/447 от 03.06.93). Тем не менее их промышленное использование в пищевых и медицинских целях было запрещено на правительственном уровне. Позже этот запрет был оформлен законодательно (Федеральный закон от 22 ноября 1995 г. № 171 «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции»). А спустя еще три года синтетический и гидролизный спирты вносятся в перечень сильнодействующих и ядовитых веществ Постоянного комитета по контролю наркотиков (Постоянный комитет... 1998: 23). Аналогичное решение по этому вопросу вынесено и Фармакологическим комитетом Минздрава РФ.

Одновременно с созданием промышленных технологий производства новых марок технических спиртов стали появляться слухи и предположения о том, что на рынке алкогольной продукции присутствуют изготовленные на их основе фальсификаты. Учитывая отсутствие достаточно надежных и, тем более, сертифицированных методов идентификации синтетического и гидролизного спиртов, эти предположения так и не были подтверждены документально. К примеру, на сегодняшний день единственными доступными маркерами этилового спирта синтетического происхождения являются некоторые характерные микропримеси, указанные в технических условиях на этот продукт (ацетон, *втор*-бутанол и кротоновый альдегид), при отсутствии в исследуемом образце высших спиртов. Однако однозначно установить природу высокоочищенных спиртов с помощью методов газовой хроматографии и масс-спектрального анализа не представляется возможным (Вязьмина, Савчук 2002). Тем не менее, наличие в розничной продаже фальсификатов, изготовленных на основе спиртов непищевого назначения, с учетом их меньшей стоимости, представлялось весьма вероятным.

Появление фальсификатов на основе синтетического и гидролизного спиртов произошло, по всей вероятности, в период взрывообразного роста числа алкогольных отравлений (1992–1996 гг.). Многие усматривали наличие причинно-следственной связи между

этими событиями, пытаясь найти объяснение повышенной токсичности таких фальсификатов. Одних смущал нетипичный для натуральных спиртов изотопный состав примесей, других – отсутствие в синтетическом спирте оптически активных (хиральных) веществ, что якобы может негативно влиять на усвоение этанола организмом и даже усиливать его токсическое действие.

Исследования безопасности новых разновидностей этилового спирта на протяжении многих лет традиционно проводятся в Московском НИИ гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана. Серия исследований по сравнительной оценке токсичности спиртов, полученных из пищевого сырья, этилена и отходов деревообрабатывающей и целлюлозно-бумажной промышленности была выполнена в 1960-х гг. Примечательно, что уже тогда представленные на исследование технические спирты по физико-химическим показателям соответствовали требованиям ГОСТа, предъявляемым к пищевому спирту.

Оценка токсичности гидролизного спирта показала, что по показателям хронической токсичности он не отличается от пищевого спирта. Отсутствовали различия и по ряду параметров острой токсичности (максимально переносимая и абсолютно смертельная дозы). Однако показатели $ЛД_{50}$ (данные получены на мышах с использованием внутрижелудочного способа введения) составили для гидролизного спирта 7,9 мл/кг и для пищевого этилового спирта 9,4 мл/кг, что свидетельствовало об относительно более высокой острой токсичности гидролизного спирта (Красникова 1965).

В аналогичном исследовании образца дополнительно очищенного синтетического спирта было установлено, что по параметрам острой токсичности синтетический и пищевой спирты мало различались ($ЛД_{50}$ равно 8,7 и 9,5 мл/кг соответственно). Не было найдено различий между этими спиртами и по большинству показателей хронической токсичности. Тем не менее длительное введение животным синтетического спирта, в отличие от натурального, приводило к снижению уровня минимально смертельной дозы. Кроме того, было отмечено, что после завершения хронической интоксикации синтетическим спиртом восстановление функционального состояния нервной системы происходит медленнее (Елизарова 1961).

На основании этих и других экспериментальных исследований, проведенных в 1963–1965 гг., сотрудники Московского НИИ гигиены пришли к заключению, что гидролизный и особенно синтетический спирты обладают повышенной токсичностью. Функциональные расстройства под действием этих спиртов развиваются быстрее, а при хроническом воздействии они оказывают более

выраженное влияние на условно-рефлекторную деятельность животных. Не смотря на то, что эти спирты соответствуют требованиям ГОСТа, предъявляемым к этиловому спирту из пищевого сырья, было высказано предположение, что они содержат какие-то неконтролируемые примеси, которые и определяют их более выраженное токсическое действие. Учитывая это, дополнительно очищенные гидролизный и синтетический спирты не были рекомендованы для пищевых целей (Елизарова 1966).

Совершенствование технологии очистки технических спиртов тем не менее было продолжено. В начале 1980-х гг. в Московском НИИ гигиены вновь проводилось сравнительное исследование новых образцов гидролизного спирта, которые по «химическому» критерию полностью соответствовали требованиям, предъявляемым к пищевому спирту (Гадалина и др. 1986). Все образцы по показателям острой токсичности, способности оказывать раздражающее, общерезорбтивное и кумулятивное действие не отличались от пищевого спирта. Однако при исследовании хронического действия, предусматривающего потребление животными 20%-ных растворов этих спиртов в качестве единственного источника жидкости на протяжении 6 месяцев или ежедневное внутрижелудочное введение спиртов в дозах 0,1 и 0,4 г/кг на протяжении 8,5 месяцев, было установлено, что гидролизные спирты оказывают более выраженное токсическое действие.

В 1993 г. в Московский НИИ гигиены поступил очередной образец этилового спирта (ТУ 11736438.02-91), который представлял собой дополнительно очищенный технический спирт, полученный путем биохимической переработки гидролизных субстратов и щелоков сульфитно-целлюлозного производства с последующей перегонкой. В ходе полномасштабного исследования острых и подострых токсических эффектов с использованием физиологических, гематологических, биохимических, иммунологических, цитологических и морфологических методов исследования было установлено, что по направленности и выраженности токсического действия этот образец спирта соответствует этиловому спирту, произведенному из пищевого сырья. Более того, судя по рассчитанному «критерию вредности» и результатам морфологического исследования, дополнительно очищенный гидролизный спирт оказался менее токсичным, нежели пищевой. Эти данные позволили рекомендовать указанный спирт для использования в пищевой и ликероводочной промышленности (НИИ гигиены 1993*а*).

Последнее токсикологическое исследование на этот раз уже промышленных образцов спирта этилового гидролизного ректификованного марки «Экстра» (ГОСТ 18300-87) производства Красно-

ярского и Тавдинского гидролизных заводов было проведено совсем недавно (Румянцева и др. 1999). Оценивалось острое и подострое токсическое действие. Последнее моделировали путем ежедневного на протяжении 2 месяцев внутрижелудочного введения крысам спиртов в дозах 0,1–0,8 г/кг. Примечательно, что исследуемые образцы, согласно результатам газохроматографической и органолептической оценки, практически не отличались от эталонного пищевого спирта. Оказалось, что один из образцов по всем использованным параметрам оценки не отличается от пищевого этилового спирта. В отношении другого образца было сделано замечание, что при хроническом воздействии он может оказать неблагоприятное воздействие на организм с преимущественным влиянием на функциональное состояние печени.

Параллельно с исследованием токсических свойств гидролизных спиртов Московский НИИ гигиены проводил и сравнительное изучение острой и подострой токсичности образцов дополнительно очищенного синтетического этилового спирта (НИИ гигиены 1993*b*). По результатам данной работы было сделано заключение, что синтетический этиловый ректификованный спирт по острой токсичности и кумулятивному эффекту не отличается от пищевого спирта. При длительном пероральном поступлении в организм он оказывает такое же по характеру и выраженности токсическое воздействие, как и этиловый спирт из пищевого сырья.

Одновременно в исключительно сложном по исполнению и длительном эксперименте проводилось изучение отдаленных последствий воздействия ректификованного синтетического этилового спирта (НИИ гигиены 1993*c*). В качестве эталона для сравнения служил пищевой спирт. Оценивали гонадотоксическое и эмбриотоксическое действие спиртов, а также их влияние на потомство. Для этого с использованием разных методических приемов изучали состояние потомков (два поколения) крыс-самцов, предварительно подвергавшихся воздействию спиртами на протяжении 4 месяца и потомков (два поколения) крыс-самок, подвергавшихся воздействию спиртами на протяжении всего периода беременности. Было установлено, что оба образца спирта оказывают одинаковое по проявлениям и выраженности влияние на сперматогенез и на процесс развития эмбриона. По выраженности фетотоксического действия синтетический и пищевой спирты почти не различались, если не учитывать того, что пищевой спирт по некоторым показателям вызывал более выраженные негативные сдвиги в состоянии организма потомства. На основании результатов, полученных в ходе выполнения этих двух работ, спирт этиловый синтетический ректификованный (ТУ-

91 82-001-11726438-93) был рекомендован для использования в пищевой и ликероводочной промышленности.

По сути дела эти результаты выводили спирт синтетический ректификованный на новый стратегический простор производства алкогольной продукции. Учитывая важность данного обстоятельства, а также появление предположений об использовании синтетического спирта для изготовления фальсификатов и резкое увеличение числа смертельных алкогольных отравлений в стране в тот период, в Национальном научном центре наркологии МЗ РФ также было предпринято аналогичное исследование. При планировании работы учитывалось то, что все предшествующие исследования проводились с использованием комплекса методических приемов, традиционно используемых в промышленной токсикологии. Поэтому был использован иной набор методических приемов, который применяется в наркологической токсикологии (Нужный и др. 2002*а*).

Исследованию подвергали спирт (ТУ-91 82-001-11726438-93) производства НПО «Химсинтез» под названием «Этол медицинский». Он представлял собой смесь ректификованного синтетического спирта, воды и внесенных примесей, типичных для пищевого спирта (этилацетат, бутеналь-2, уксусный альдегид и др.) и предназначался для применения в медицине. Согласно результатам хромато-масс-спектроскопического анализа состав и содержание в нем примесей примерно соответствовало таковому в пищевом этиловом спирте марки «Экстра».

Набор методических приемов включал в себя исследование острого летального действия, оценку выраженности и динамики наркотического действия, оценку тяжести острого постинтоксикационного состояния, исследование способности вызывать развитие физической зависимости, оценку подострого токсического действия (печень, слизистая оболочка желудка), а также исследование фетотоксического действия. Последнее проводили на потомстве самок крыс, которым на протяжении всего периода беременности ежедневно вводили в желудок 25%-ный раствор спирта «Этол медицинский» в дозе 4,5 г/кг.

Было установлено, что синтетический спирт и спирт пищевой марки «Экстра» по всем исследованным параметрам оказывают однотипное по направленности и выраженности токсическое действие. Более того, незначительные, обнаруженные в разных тестах на грани достоверности или на уровне тенденции различия в фетотоксическом действии, указывают на относительно меньшую токсичность синтетического спирта.

Таким образом, результаты неоднократно проводившихся токсикологических исследований однозначно свидетельствуют о том, что технические спирты (гидролизный и синтетический) высокой степени очистки и пищевой спирт, произведенный из пищевого сырья, оказывают одинаковое по выраженности острое токсическое действие. В соответствии с этим фальсификаты алкогольных напитков, изготовленные на основе дополнительно очищенных гидролизных и синтетических спиртов, не могут служить причиной высокой острой алкогольной смертности. По всей видимости, и длительное употребление алкогольных напитков, изготовленных на основе таких спиртов не в состоянии нанести дополнительный ущерб здоровью. Напротив, технические спирты низкой степени очистки могут оказывать более выраженное хроническое токсическое действие. Тем не менее и они вряд ли могут выступать в качестве дополнительной причины острых алкогольных отравлений.

Иными словами, проблема легального или нелегального использования технических спиртов для производства алкогольных напитков имеет исключительно экономический характер. А «токсикологические» аргументы, приводимые сторонниками и противниками широкомасштабного применения синтетического или гидролизного спирта в пищевой промышленности, являются скорее элементами конкурентной борьбы.

Денатурированные спирты и денатурирующие добавки

Предположительно еще одной причиной острых алкогольных отравлений может служить потребление населением алкогольных суррогатов, изготовленных на основе денатурированного этилового спирта. Использование денатурированных спиртов для изготовления фальсифицированных алкогольных напитков является весьма привлекательных делом для представителей криминального алкогольного бизнеса в силу того, что такие спирты не облагаются акцизом, а изготовленные из них суррогаты в ценовом отношении исключительно конкурентоспособны. Тем не менее, до 1998 г., использование денатурированных спиртов и их растворов для употребления внутрь было весьма затруднительным из-за их крайне низких и даже отвратительных органолептических свойств.

К денатурирующим добавкам предъявляются весьма строгие и с трудом совместимые требования. Первое – их относительно низкая токсичность (риск отравлений денатурированным спиртом должен быть минимальным). Второе – способность добавок выступать в

качестве надежного маркера, который трудно отделить от этилового спирта с помощью перегонки продукта или других технологических приемов. И третье – способность добавок ухудшать органолептические свойства и изменять окраску спирта, делая его неприемлемым для употребления.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 9 июля 1998 г. № 732 был установлен новый перечень денатурирующих добавок (ингредиентов) для этилового спирта и спиртосодержащей продукции из всех видов сырья. К ним относятся кротоновый альдегид (не менее 0,15% об.), уксусный альдегид (не менее 0,5% об.), диэтилфталат (не менее 0,08% масс.) и диэтиловый эфир (не менее 0,6% об.).

Необходимо отметить, что ни одна из этих добавок не отвечает перечисленным выше требованиям. Во-первых, ни одна из них не обладает красящими свойствами. Уксусный альдегид и диэтиловый эфир, обладая относительно невысокой токсичностью ($ЛД_{50}$ более 1,0 г/кг при условии внутрижелудочного введения) и способностью резко ухудшать органолептические свойства этилового спирта, представляют собой летучие соединения ($t_{кип}$ равна 20,2 и 34,5 °С соответственно) и легко удаляются из растворов этанола с помощью простой перегонки[2]. Кротоновый альдегид значительно хуже извлекается из растворов этилового спирта ($t_{кип}$ равна 101–104 °С) и резко ухудшает их запах. Вместе с тем этот альдегид обладает более высокой токсичностью ($ЛД_{50}$ равна 0,24 г/кг при введении в желудок мышам)[3] (67).

Менее всего отвечает вышеперечисленным требованиям диэтилфталат. Его лишь условно можно отнести к маркерам этилового спирта, поскольку при перегонке он полностью остается в кубовом остатке ($t_{кип}$ около 300 °С). Диэтилфталат не обладает запахом и не влияет на органолептические свойства этилового спирта. Благодаря этому свойству его используют в качестве растворителя различных одорантов при дегустации пахучих веществ и для оценки обонятельной чувствительности (Bensafi *et al.* 2002). Именно это обстоятельство определяет высокую вероятность использования спиртов, денатурированных с помощью диэтилфталата, для фальсификации алкогольной продукции.

---

[2] Автоматическая распределенная информационно-поисковая система (АРИПС) «Опасные вещества», Рег. №: ВТ 000108 (уксусный альдегид); Рег. №: ВТ 001181 (диэтиловый эфир).

[3] Автоматическая распределенная информационно-поисковая система (АРИПС) «Опасные вещества», Рег. №: ВТ 001181 (диэтиловый эфир).

Действительно, диэтилфталат эпизодически обнаруживается лабораторными службами санэпиднадзора и торговой инспекции в образцах алкогольной продукции, продаваемой в розницу. При исследовании химического состава алкогольных напитков, нелегально реализуемых населению в домашнем секторе и на базарах городов Кызыл и Ставрополь, во всех образцах такой водки из Кызыла обнаружен диэтилфталат (Нужный и др. 2004).

Диэтилфталат (диэтил-1,2-бензолкарбоксилат, диэтиловый эфир фталевой кислоты) представляет собой хорошо растворимую в этаноле жидкость без запаха, с температурой кипения 295°С. Он относится к категории среднетоксичных соединений со слабо выраженным кумулятивным действием. Обладает раздражающим, кожно-резорбтивным, сенсибилизирующим, гонадотропным, тератогенным и мутагенным действием. Его острая токсичность ($ЛД_{50}$) практически не отличается от таковой у этилового спирта и при использовании внутрижелудочного способа введения составляет для крыс 9,2–31,0 г/кг, мышей - 6,2–8,6 г/кг и морских свинок - 8,6 г/кг. Клиническая картина отравления у человека характеризуется состоянием опьянения, головокружением, головной болью, нарушением ритма дыхания, слезотечением, тошнотой и рвотой. Наиболее поражаемые органы и системы: центральная и периферическая нервная система, дыхательная система, печень, почки, селезенка, желудочно-кишечный тракт, форменные элементы крови[4] (70, 71). Сведения о влиянии диэтилфталата на токсичность этилового спирта отсутствуют.

В образцах нелегальной водки, приобретенной в Кызыле, диэтилфталат обнаруживался в концентрациях 850–1284 мг/л. Простой расчет показывает, что при употреблении худшего из образцов нелегальной водки человеком в количестве 0,5 л разовая доза диэтилфталата составляет 650 мг (примерно 9,3 мг/кг или 0,001 $ЛД_{50}$). Очевидно, что диэтилфталат в таком количестве не оказывает острого токсического действия и, вероятно, не в состоянии модифицировать острое токсическое действие этилового спирта.

Учитывая изложенное выше, представляется маловероятным, что алкогольные суррогаты, изготовленные на основе денатурированных спиртов, могут выступать в качестве значимой причины высокого уровня острой алкогольной смертности. В этой связи представляют интерес иные, а именно технологический, экономи-

---

[4] Автоматическая распределенная информационно-поисковая система (АРИПС) «Опасные вещества», Рег. №: ВТ 001674 (диэтилфталат); см. также: German Chemical Society 1994.

ческий и криминальный аспекты проблемы спиртов технического назначения с денатурирующими добавками.

Знакомство с перечнем денатурирующих средств, используемых для освобождения спиртов от акцизов в странах Европейского Союза (EU 1993; 1995), свидетельствует о том, что в разных странах Европы используют достаточно много денатурирующих добавок, применяемых в разных сочетаниях. Наиболее часто для этой цели используют метилэтилкетон и/или метилизобутилкетон, метилизопропилкетон, этилизоамилкетон (Финляндия, Австрия, Швеция, Италия, Дания, Германия, Испания), а также метанол или метилен (Бельгия, Португалия, Ирландия, Люксембург, Франция, Нидерланды, Греция). Термином «метилен» обозначают неочищенный метиловый спирт, или смесь метилена и метанола, или смесь метанола, ацетона и пирогенетических примесей с сильным запахом и интенсивной окраской, или спирт-сырец, содержащий не менее 10% вес. ацетона. Используют также сивушное масло или смесь высших спиртов (Португалия, Австрия, Нидерланды), ацетон (Финляндия, Нидерланды), лигроин – продукт переработки древесины (Австрия, Ирландия, Великобритания), газойль – легкое дизельное топливо (Австрия, Ирландия, Великобритания), скипидарное масло или скипидарную эссенцию (Португалия, Греция), а также керосин (Греция), формалин (Нидерланды), пиридин (Великобритания, Ирландия), минеральное масло (Великобритания, Ирландия), тиофен (Италия) и разного рода красители. Самым надежным маркером денатурации считается метиловый спирт, который наиболее близок к этиловому спирту по температуре кипения. Не трудно убедиться, что денатурирующие добавки, применяемые в странах ЕС, в отличие от добавок, используемых в Российской Федерации до июля 2006 г., в большей мере отвечают требованиям, предъявляемым к продукции такого рода.

В конце 2005 года перечень добавок был вновь пересмотрен, с июля 2006 г. для денатурации спирта разрешено использовать только бензин, керосин, кротоновый альдегид и битрекс.

Все применяемые в настоящее время денатурирующие добавки резко ухудшают органолептические свойства этилового спирта, делая его малопригодным к употреблению. Все они (с учетом их концентрации) не влияют или незначительно влияют на острую токсичность этанола, но могут усиливать некоторые проявления его хронического токсического действия, в частности патогенное воздействие на печень.

Несмотря на негативные органолептические свойства производимого в настоящее время денатурированного этилового спирта,

он возможно используется отдельными гражданами с целью достижения состояния алкогольного опьянения.

Таким образом, употребление спиртосодержащих жидкостей с денатурирующими добавками не может выступать в качестве значимой причины высокого уровня смертельных отравлений алкоголем. Однако их систематическое употребление может быть причиной ускоренного формирования ряда соматических заболеваний, в том числе поражения печени.

Заключение

Россия является уникальной страной по количеству потребляемых населением алкогольных суррогатов и алкогольных напитков домашнего изготовления, а также по числу эпизодов отравлений алкоголем и токсикантами. Поэтому вопрос о возможной роли некачественных, фальсифицированных, суррогатных алкогольных напитков и алкогольных напитков домашнего изготовления в генезе высокой алкогольной заболеваемости и смертности в России давно стоял в «повестке дня» и являлся предметом исследований и спекуляций. Наибольшую остроту он приобрел в период первой эпидемии алкогольных отравлений (1993–1995 гг.). Представленные в данной статье материалы позволяют прийти к следующим заключениям:

1. Естественные, образующиеся в процессе ферментации растительного сырья примеси в виде компонентов сивушного масла и эфиро-альдегидной фракции в тех концентрациях, в которых они обнаруживаются в образцах некачественной легально или нелегально произведенной водки, не оказывают влияния на токсические свойства и биологическое действие этилового спирта.
2. Естественные примеси в тех концентрациях, в которых они присутствуют в дистиллированных алкогольных напитках промышленного или домашнего изготовления, не оказывают влияния на острую токсичность этилового спирта, но могут в определенной мере модифицировать другие проявления его биологического действия.
3. Водочные фальсификаты, изготовленные на основе синтетического или гидролизного спирта высокой степени очистки, по характеру и выраженности токсического действия не отличаются от водки, произведенной из пищевого спирта.
4. Водочные фальсификаты, изготовленные на основе денатурированных спиртов, не могут выступать в качестве значимой причины высокого уровня острой алкогольной смертности.

5. Природа двух эпидемических всплесков (пики в 1994 и 2001 гг.) отравлений алкоголем, суррогатами алкоголя и токсикоманическими средствами в Российской Федерации не может быть объяснена высоким потреблением некачественных, фальсифицированных или суррогатных алкогольных напитков.
6. Усилия организационного и технологического характера, направленные на ограничение доступа населения к некачественной легально или нелегально произведенной водке с целью снижения острой алкогольной смертности, лишены смысла. Такие усилия, тем не менее, оправданы экономически, поскольку позволяют вывести из обращения неподакцизную алкогольную продукцию.
7. употребление спиртосодержащих жидкостей с денатурирующими добавками не может выступать в качестве значимой причины высокого уровня смертельных отравлений алкоголем.
8. Таким образом, представление о значительной роли незаконно произведенных, фальсифицированных алкогольных напитков и напитков домашнего изготовления в генезе высокой алкогольной смертности, согласно представленным в настоящей статье данным, не подтверждается.
9. Основная причина высокой острой алкогольной смертности в России – передозировка алкоголя, употребляемого в виде крепких алкогольных напитков или их суррогатов.

Библиография

Белова М. В., Ж. А. Лисовик, А. А. Колдаев и А. Е. Клюев. 1999. Анализ образцов алкогольной продукции, как причины острого отравления. *Сборник тезисов первой научно-практической конференции «Идентификация качества и безопасность алкогольной продукции» (1—4 марта 1999 г.)*. Пущино: Госстандарт. С. 140.

Варшавец Н. П. 1986. Судебно-медицинская экспертиза острых отравлений пропиловыми спиртами и спиртосодержащими жидкостями. *Судебно-медицинская экспертиза* 29(3): 40–43.

Васильев А. В., Г. Р. Прокудин и Ю. А. Гассельбах. 1996. Острые отравления суррогатами алкоголя и техническими жидкостями по материалам Омского областного токсикологического центра 1991–1994 гг. *Вопросы организации оказания неотложной мед. помощи в условиях крупного промышленного центра*. Омск: Омская медицинская академия. С. 236–237.

Воронов Д. Н. 1926. Анализ деревенского алкоголизма и самогонного промысла. *Вопросы наркологии* 1: 51–70.

Вязьмина Н. А. и С. А. Савчук. 2002. Исследование примесного состава этилового спирта и продуктов его ректификации. *Партнеры и конкуренты* 2: 30–40.

Гадалина И. Д., Р. А. Рязанова, М. В. Малышева и С. М. Павленко. 1986. Экспериментальное исследование токсичности гидролизных спиртов. *Гигиена и санитария* 7: 32–34.

ГД = Государственная Дума. 2000. *Материалы совместного заседания Экспертного совета по вопросам государственного регулирования производства и оборота этилового спирта, спиртосодержащей и алкогольной продукции и тонизирующих напитков при Комитете Госдумы по экономической политике и предпринимательству и Комиссии Совета Федерации по вопросам государственного регулирования производства и оборота этилового спирта алкогольной и спиртосодержащей продукции и пива*. М.: Государственная Дума РФ.

Головинская Л. И. 1977. *Судебно-медицинская экспертиза отравлений высшими спиртами и их сочетаниями с этанолом. Дис. канд. мед. наук.* Краснодар.

Елизарова О. Н. 1966. Сравнительная токсичность спиртов, полученных из пищевого сырья, этилена и древесины. *Материалы республиканской научной конференции по итогам гигиенических исследований за 1963–65 гг*. Уфа. С. 182–185.

Елизарова О. Н. и др. 1961. Биологическое исследование очищенного синтетического спирта с целью обоснования допустимости его применения в пищевых целях. *Тезисы докладов итоговой конференции Московского института гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана*. М.: НИИ гигиены труда им. Ф. Ф. Эрисмана. С. 69–71.

ЕС. 1993. Постановление ЕС 3199/93 от 23.11.93.

ЕС. 1995. Поправки к постановлению ЕС 254/95 от 31.10.95.

Заиграев Г. Г. 1992. *Общество и алкоголь*. М: НИИ МВД РФ.

Иванов А. А. и И. И. Удот. 2002. *Итоги деятельности Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения РФ по надзору за производством, реализацией спиртов и алкогольной продукции в Российской Федерации за 2002 год*. М: ФЦГСЕН.

Клюев А. Е., М. В. Белова, Б. Н. Изотов и Е. А. Лужников. 1997. Количественное определение технических жидкостей в дифференциальной диагностике острых отравлений. *Токсикологический вестник* 3: 43–45.

Кожевникова И. Ф., И. В. Морылев и Н. А. Егорова. 2003. Использование альтернативных токсикологических методов в практике работы отделения профилактической токсикологии. *Тезисы докладов 2-го съезда токсикологов России*. М: РПОХБВ. С. 131–132.

Красик Е. Д., В. Б. Миневич и А. П. Агарков. 1987. Опьянение, абстинентный синдром и психозы при злоупотреблении суррогатами алкоголя. *Неотложная наркология: тезисы докладов*. Харьков. С. 99–01.

Красникова И. И. 1965. Биологические исследования токсичности гидролизного этилового спирта по сравнению с натуральным этиловым спиртом. *Материалы 10-й научно-практической конференции молодых гигиенистов и санитарных врачей*. М. С. 169–170.

Красовский Г. Н., Н. А. Егорова. 2003. Биотестирование и моделирование интоксикаций в гигиене и токсикологии воды. *Тезисы докладов 2-го съезда токсикологов России*. М.: РПОХБВ. С. 146–148.

Кунце В. и Г. Мит. 2001. *Технология солода и пива*. СПб.: Профессия.

Ливанов Г. А. и др. 2000. Клиника, диагностика и лечение острых отравлений алкоголем и его суррогатами. *Злоупотребление алкоголем в России и здоровье населения. Острые отравления этиловым алкоголем и его суррогатами. Соматическая патология при хронической алкогольной интоксикации*. М.: Российская ассоциация общественного здоровья.

Лисовик Ж. А. и А. Е. Клюев. 1995. Современные методы лабораторной диагностики при острых химических отравлениях. *Анестезиология и реаниматология* 3: 43–45.

Лужников Е. А. 2000. Острые отравления этиловым алкоголем. *Злоупотребление алкоголем в России и здоровье населения. Острые отравления этиловым алкоголем и его суррогатами. Соматическая патология при хронической алкогольной интоксикации*. М. С. 53–62.

Лужников Е. А. и Л. Г. Костомарова. 1989. *Острые отравления: Руководство для врачей*. М.: Медицина.

Маркизова Н. Ф., А. Н. Гребенюк и Ю. Ю. Иваницкий. 2001. *Токсикология спиртов*. СПб: Военно-медицинская академия.

Миневич В. Б. и Б. М. Кершенгольц. 1989. *Суррогаты – клиника и биохимия*. Якутск: Госкомиздат ЯАССР.

Мирошниченко Л. Д. и В. Е. Пелипас. 2001. *Наркологический словарь*. Ч. 1. *Алкоголизм*. М.: Анахарсис.

Мурташин А. М. и др. 2001. Хромато-масс-спектрометрическое определение природы этанола. *Проблемы идентификации алкогольсодержащей продукции*. М: Госкомитет по стандартизации и метрологии РФ. С. 92–109.

Неледов А. В. 1995. *Алкогольная ситуация в России: Доклад*. – М.: Фонд «Здоровье и окружающая среда».

Немцов А. В. 1995. *Алкогольная ситуация в России*. М.: Ассоциация общественного здоровья.

Немцов А. В. 2001. *Алкогольная смертность в России, 1980–90 годы*. М.: Nalex.

Немцов А. В. 2003. *Алкогольный урон регионов России*. М.: Nalex.

Немцов А. В. и С. А. Судаков. 2002. Смерти при отравлении алкоголем в регионах Российской Федерации в 1991–1997 гг. *Вопросы наркологии* 5: 65–70.

НИИ гигиены. 1993*a*. *Сравнительная оценка токсичности и характера биологического действия синтетического спирта ТУ 11726438.01-91 и пищевого этилового спирта: Отчет Московского НИИ гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана*. М.: НИИ гигиены.

НИИ гигиены. 1993*b*. *Сравнительная оценка токсичности и характера биологического действия спирта ТУ 11726438.02.91 и пищевого этилового спирта: Отчет Московского НИИ гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана*. М.: НИИ гигиены.

НИИ гигиены. 1993*c*. *Изучение отдаленных последствий действия спирта этилового ректификованного (ТУ-91 82-001-11726438-93): Отчет Московского НИИ гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана*. М.: НИИ гигиены.

Новикова М. Г., Е. А. Кошкина и В. П. Нужный. 1997. Динамика отравлений алкогольными напитками и суррогатами алкоголя за период с 1984 по 1994 годы в городе Великие Луки. *Токсикологический вестник* 1: 11–17.

Нужный В. П. 1995. Токсикологическая характеристика этилового спирта, алкогольных напитков и содержащихся в них примесей. *Вопросы наркологии* 3: 65–74.

Нужный В. П. и Л. М. Прихожан. 1996. Новый взгляд на проблему токсичности алкогольных напитков. *Токсикологический вестник* 5: 9–16.

Нужный В. П. и др. 1999*a*. Влияние компонентов сивушного масла и эфироальдегидной фракции на острую токсичность и наркотическое действие этилового спирта. *Токсикологический вестник* 2: 2–8.

Нужный В. П. и др. 1999*b*. Исследование влияния метанола на острое и подострое токсическое действие этилового спирта. *Вопросы наркологии* 3: 54–59.

Нужный В. П., С. А. Савчук, И. В. Демешина, И. Г. Забирова, В. П. Листвина, Д. В. Самойлик, Л. А. Суркова и Е. Б. Тезиков. 1999*c*. Состав и токсичность самогонов из сахара и меда. *Реферативный сборник ВИНИТИ: Новости науки и техники. Серия Медицина. Вып. Алкогольная болезнь* 6: 1–10.

Нужный В. П. и др. 2002*a*. Исследование токсичности спирта этилового синтетического ректификованного. *Токсикологический вестник* 5: 13–22.

Нужный В. П., И. Г. Забирова, Л. А. Суркова, В. П. Листвина, Л. В. Самойлик., И. В. Демешина, С. А. Савчук и Ю. А. Львова. 2002*b*. Сравнительное экспериментальное исследование острого и подострого токсического действия коньяка и виски. *Наркология* 10: 46–52.

Нужный В. П., С. А. Савчук и Р. И. Каюмов. 2002. Химико-токсикологическое исследование крепких алкогольных напитков домашнего изготовления (самогон) из разных регионов России. *Наркология* 5: 43–48.

Нужный В. П., Ю. А. Львова, И. Г. Забирова, Л. А. Суркова, В. П. Листвина, Л. В. Самойлик и И. В. Демешина. 2003. Сравнительное экспериментальное исследование фетотоксического действия коньяка, виски и раствора ректификованного пищевого спирта. *Наркология* 8: 24–29.

Нужный В. П. и др. 2004. Проблема денатурирующих добавок в связи с исследованием образцов нелегальной алкогольной продукции. *Токсикологический вестник* 3: 7–13.

Нургалиева Е. В. и А. А. Имамов 2003. Отравления алкоголем и его суррогатами. *Тезисы докладов 2-го съезда токсикологов России*. М.: РПОХБВ. С. 389–390.

Нургалиева Е. В., Р. Я. Хамитова и А. А. Имамов. 2003. Использование альтернативных токсикологических методов исследования алкоголя. *Тезисы докладов 2-го съезда токсикологов России*. М.: РПОХБВ. С. 184–185.

Остапенко Ю. Н., Н. Н. Литвинов, Р. С. Хонелидзе и З. М. Гасимова. 2003. Острые химические отравления как один из ведущих факторов заболеваемости населения Российской Федерации. *Тезисы докладов 2-го съезда токсикологов России*. М.: РПОХБВ. С. 393–394.

Погорелов А. Г., В. М. Возняк, В. Н. Погорелова и Е. И. Маевский. 2003. Биологическая экспертиза качества этилового спирта, производимого из пищевого сырья. *Наркология* 7: 2–7.

Постоянный комитет по контролю наркотиков. 1998. *Списки сильнодействующих и ядовитых веществ*. М.: Постоянный комитет по контролю наркотиков.

Романенко Г. Х. 2003. *Судебно-медицинская диагностика токсикоманий со смертельным исходом. Автореф. дис. канд. мед. наук*. М.

Румянцева Л. А. и др. 1999. Токсиколого-гигиенические исследования спиртов, производимых гидролизными заводами. *Гигиена и санитария* 1: 46–48.

Савчук С. А. и др. 2001. Применение хроматографии и спектрометрии для идентификации подлинности спиртных напитков. *Аналитическая химия* 56(3): 1–19.

Скрябина В. И. 1960. О психических расстройствах при остром отравлении местным самогоном «аракой». *Вопросы профилактики и лечения алкогольных заболеваний*. М.

Стабников В. Н., И. М. Ройтер и Т. Б. Процюк. 1976. *Этиловый спирт*. М.: Пищевая промышленность.

Томилин В. В., П. И. Сидоров и А. Г. Соловьев. 1992. Острые отравления метанолом. *Судебно-медицинская экспертиза* 2: 35–38.

Филатов А. Т. 1986. *Алкоголизм, вызванный употреблением самогона*. Киев: Здоров`я.

Хиабахов Т. С. 2001. *Основы технологии коньячного производства России*. Новочеркасск: Всероссийский НИИ виноградарства и виноделия им. Я. И. Потапенко.

Храмов Ю. А. 1968. *Вопросы патогенеза и клиники психических нарушений при интоксикации этиловым алкоголем и сивушными маслами. Автореф. дис. канд. мед. наук*. Новосибирск.

Шатиришвили И. М. 1998. *Хроматография в энологии*. Тбилиси: Ганатлеба.

Энтин Г. М., и С. Г. Копоров. 2004. Алкогольная ситуация в России и эффективность опосредованной стресс-психотерапии при лечении больных с синдромом алкогольной зависимости. *Наркология* 11: 25–32.

Bensafi M., C. Rouby, V. Farget, M. Vigouroux, and A. Holley. 2002. Asymmetry of Pleasant vs. Unpleasant Odor Processing during Affective Judgment in Humans. *Neuroscience Letters* 328(3): 309–313.

German Chemical Society. 1994. Diethyl phthalate. *BUA Report* 104.

Muller-Limmroth W., A. Piendl, and H. Hoffmann. 1977. *Brauwissenchaft* 30(8): 230–238.

Zuba D., W. Piekoszewski, J. Pach, B. Groszek, and A. Parczewski. 2001. Ethanol and other volatile compounds. Kinetics in alcohol dependent patients with ethanol. *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 39(3): 229–230.

Алкогольная политика: положение дел и проблемы в Европе и Северной Азии

Робин Рум

Серьезные проблемы и неадекватные ответы

В этом докладе рассматриваются проблемы, связанные с алкоголем в Европе и Северной Азии. Под европейским регионом Всемирная организация здравоохранения понимает не только Европу, но и все страны, входившие ранее в состав Советского Союза. В этом докладе также используется разделение ВОЗ стран на категории по уровню детской смертности и смертности взрослого населения. Страны европейского региона делятся на три группы: *А*, *В* и *С*, при этом в категорию *А* входят страны с самым низким уровнем детской смертности и наибольшей ожидаемой продолжительностью жизни среди взрослых.

Начнем с описания результатов исследования Всемирной организации здравоохранения влияния различных факторов риска на здоровье населения «Глобальное бремя болезней» (*Global Burden of Disease*) (Rehm *et al*. 2004). Исследование показало, что, судя по количеству смертей и заболеваний, связанных с алкоголем, европейский регион и большинство его стран имеет самые серьезные алкогольные проблемы.

Кроме того, оценки ВОЗ включают не все проблемы, связанные с алкоголем, они ограничены заболеваниями и несчастными случаями. Алкоголь также является важным фактором социальных проблем, включая преступность, проблемы в семье и на работе (Babor *et al*. 2003). Социальные проблемы, создаваемые пьющими для окружающих, как минимум так же важны, как те, что они создают для своего здоровья. Проблемы, которые потребители алкоголя создают для других людей, являются очень сильным аргументом, и принятие эффективных мер по снижению этих алкогольных проблем, является обязанностью государства.

Достаточно легко потерять четкое видение ситуации или смириться с ней, и на это есть несколько причин:

1. Алкоголь является естественной частью повседневной жизни во многих странах европейского региона. Потребление алкоголя

ценится по различным причинам: оно помогает в общении, способствует пищеварению, является символом проведения свободного времени и т.д. В большинстве европейских стран политики и работники СМИ сами регулярно выпивают. Алкоголь это «наш наркотик», мы хорошо его знаем, и нам с ним удобно. Очень сложно беспристрастно взглянуть на ситуацию со стороны, чтобы увидеть проблемы, к которым ведет потребление алкоголя, и взяться за их решение.

2. Результаты клинических исследований, свидетельствующие о том, что алкоголь оказывает защитное действие против сердечно-сосудистых заболеваний, нередко рассматриваются как обесценивающие научные выводы о вредном воздействии алкоголя. Это ошибка. Расчеты ВОЗ, представленные в докладе «Глобальное бремя болезней» показали, что защитный эффект алкоголя хорошо заметен только в странах с низкой смертностью. За вычетом этого защитного эффекта эмпирические данные, в целом, показывают мощнейшее негативное воздействие алкоголя на здоровье. Исследования эффекта изменения потребления алкоголя (на основе общего анализа динамических рядов данных) не показали наличия значимого защитного эффекта (Hemström 2001). Это значит, что снижение потребления алкоголя населением не будет способствовать росту сердечно-сосудистых заболеваний.

3. Алкоголь не только обладает психоактивными свойствами, но и является важным товаром массового потребления. Производство и продажа алкогольной и сопутствующей продукции, является важной частью экономики во многих европейских странах. Некоторые европейские страны получают высокие доходы от экспорта алкогольной продукции. Налоги от производства алкоголя, а в некоторых случаях, прибыль государственных предприятий, производящих алкогольную продукцию, приносят огромный доход. Такие экономические и фискальные интересы зачастую являются значимым политическим фактором.

4. Компании-производители алкогольной продукции играют важную роль в увеличении доступности спиртных напитков. Отрасли по производству крепких напитков и пива достаточно концентрированные, а штаб-квартиры многих транснациональных алкогольных компаний расположены в Европе. Нередко правительства различных стран представляют интересы алкогольных компаний. Это происходит и на уровне Европейского Союза. Например, винодельческой отрасли удалось оказать сильное влияние на аграрную политику ЕС. Евросоюз является политическим союзом, однако изначально это был торговый союз. В течение истории Евросоюза представители алкогольной отрасли часто приглашались

за стол переговоров о формировании политики, где они могли накладывать вето на нежелательные предложения. Новые обязанности по защите здоровья населения от алкогольных проблем принимаются в Евросоюзе очень медленно.

5. С потреблением алкоголя связан целый пласт символики (как и с отказом от него). Символическое значение алкоголя часто мешает рациональной разработке политики. Например, далее показано, что в Восточной Европе на политические решения и дискуссии влияет историческая память о непопулярной антиалкогольной кампании 1985–1988 гг. в Советском Союзе. В Западной Европе, в особенности в англоговорящих и скандинавских странах, традиция трезвеннических движений и оппонирования им до сих пор оказывает влияние на дискуссии об алкогольной политике.

Политика в сфере алкогольных проблем зачастую смягчается в связи с тем, что потребление алкогольных напитков глубоко проникло в повседневную жизнь в большей части европейского региона. Такая политика должна, с одной стороны, принимать во внимание привычность и положительные аспекты потребления алкоголя, но в то же время внедрять эффективные меры по защите здоровья населения и снижению алкогольных проблем в каждой стране региона.

Меры алкогольной политики: современная ситуация

Исследование ВОЗ «Глобальное бремя болезней», проведенное в 2000 году (Rehm *et al.* 2004), показало, что в глобальной перспективе потребление алкоголя в европейском регионе ВОЗ наиболее высокое, а в регионах с развитой исламской культурой оно гораздо ниже. Европейский регион также лидирует на общемировом фоне по уровню негативного влияния алкоголя на здоровье. Важным нововведением в данном исследовании стало использование данных по различным моделям потребления алкоголя, что позволило не просто подсчитать потребление алкоголя среди различных категорий пьющих в обществе, но также выявить риски различных моделей потребления. Различные части европейского региона заметно различаются по моделям потребления алкоголя, и более опасные модели преобладают на севере и востоке региона.

В первом столбце Табл. 1 приведены оценки потребления алкоголя (регистрируемое и нерегистрируемое потребление[1]) в литрах на душу населения старше 15 лет в странах региона в 2000 году (Rehm *et al.* 2004). Вторая колонка показывает балл по шкале

[1] В пересчете на этанол – *прим. ред.*

опасности типа потребления алкоголя в каждой стране. Этот показатель варьируется от 1 (наименьшее количество проблем на литр) до 4 (наибольшее количество). Как можно заметить, в странах европейского региона *C* ситуация достаточно однородная, в то время как внутри региона *B* наблюдаются заметные различия. В обоих регионах балл по шкале опасности типа потребления достаточно высок для большинства стран. В регионе *C* среднедушевое потребление достаточно высоко, в то время как во многих странах региона *B* оно значительно ниже. В регионе *A* наблюдаются существенные различия по шкале опасности типа модели алкоголя, однако значения потребления алкоголя на взрослого человека отражают значительную конвергенцию по уровню среднедушевого потребления за последние десятилетия (Leifman 2001).

Следующие колонки Таблицы 1 представляют собой данные, собранные Ниной Рехн для доклада Всемирной организации здравоохранения по положению дел в мире в области алкогольной политики (ВОЗ 2004). Эти данные отражают ситуацию в странах региона на 2003 год относительно различных аспектов алкогольной политики, включая общий балл по шкале ограничений, приведенный в этой Таблице. Показатель «Минимальный возраст» отражает наиболее высокую возрастную планку легального приобретения алкогольной продукции, в если имеет место вариация, то берется ограничение для обслуживания крепкими напитками в ресторанах и барах. В большинстве стран региона установлено возрастное ограничение на покупку всей или большей части алкогольной продукции – 15–20 лет.

По следующему показателю, количеству ограничений по времени и месту продажи, различия между странами региона заметно сильнее, в особенности между странами Евросоюза. Кроме того, в Евросоюзе наблюдается полный спектр средств контроля продажи алкоголя: государственная монополия на продажу всех или некоторых видов алкогольной продукции, лицензирование продавцов, либо отсутствие какой-либо системы лицензирования. В регионе Европа *B* данный спектр также представлен полностью.

В следующих двух колонках представлены два показателя относительной цены алкогольных напитков. Цены, разумеется, даны с учетом акцизов на алкоголь, которые можно расценивать как индикатор желания властей контролировать уровень потребления алкоголя (хотя, могут быть другие мотивы налогообложения алкогольной продукции – например, стремление получить доход). Фокус на относительной цене, а не на ставке акциза позволяет взглянуть на доступность алкоголя с точки зрения потребителя, поставленного перед выбором относительно своих расходов. «Со-

отношение цены пиво/кола» – это сравнение средней цены за банку или бутылку пива со средней ценой безалкогольного напитка того же объема. Мы видим, что в семи странах региона цена на пиво ниже, чем на безалкогольные напитки, при этом эти страны равномерно распределены по субрегионам. Данный показатель не является четким отражением покупательной способности. С другой стороны, «относительная цена на крепкие напитки» связана с покупательной способностью, так как здесь цена за бутылку дается в сравнении с показателем покупательной способности – валовым внутренним продуктом (ВВП). По этому показателю даже у западноевропейских стран с высокими акцизами, вроде Швеции, значения ниже, чем у большинства менее богатых странах восточной части региона. Надо отметить, что по странам Евросоюза существует более чем десятикратный разрыв между самой высокой относительной ценой и самой низкой. Этот огромный разрыв демонстрирует те сложности, с которыми идеология единого европейского рынка столкнулась по вопросу о контроле над алкоголем, и к этому мы еще вернемся.

По странам Восточной Европы и Северной Азии также существует 10-кратный разброс по показателю относительной цены на крепкие напитки, но, в общем, относительная цена в этой части мира намного выше, чем в западной Европе, что отражает разницу в уровне жизни. По мере развития, потребление алкоголя в этом регионе может возрасти в связи со снижением относительной цены, если только не будут приняты меры по защите здоровья населения.

Восьмая колонка содержит суммарный балл по ограничениям на рекламу, который получается в результате суммирования запретов на рекламу трех типов алкогольной продукции в четырех средствах массовой информации. Видно, что существует большой разброс по показателю в регионе, как в пределах Евросоюза, так и за его пределами.

Девятая колонка содержит два показателя: максимальное допустимое содержание алкоголя в крови водителей (BAL), а также контроль выполнения этого ограничения при помощи выборочных проверок водителей на дорогах. В общем, допустимое значение содержания алкоголя в крови водителей варьируется в регионе от нуля до 0,8 промилле, а наиболее распространенное значение – 0,5. Однако между странами есть большой разброс по степени контроля ограничения.

В последней колонке показан суммарный балл ограничений для алкогольной продукции, составленный из значений колонок 3–9. Шкала является 16-балльной система, однако в реальности значе-

ния варьируются от 4 до 15. Страны Скандинавии (кроме Дании) показывают наивысший результат в этой колонке. Но в регионе есть и другие страны с баллом 10 и выше, включая Турцию, Азербайджан, Польшу, Литву и Украину. На другом полюсе находятся 5 стран Евросоюза (Австрия, Чешская Республика, Германия, Мальта и Португалия (4 балла)), и еще 8 стран Западной Европы (5–6 баллов). Остальные страны восточной части региона показали результат от 6 до 9 баллов.

Таблица 1. Уровень и модель потребления алкоголя и меры алкогольной политики в странах европейского региона ВОЗ, 2000 г.

	Потребление алкоголя (на душу)	Модель потребления (4 = наибольший риск)	Минимальный возраст	Кол-во ограничений продажи по времени и месту продаж	Монополия / лицензирование продажи алкогольной продукции	Соотношение стоимости пива и колы	Относительная цена крепких напитков	Ограничения на рекламу алкогольных напитков	Допустимая концентрация алкоголя в крови водителей и проверки	Общий балл по шкале ограничений
Европа А										
*Австрия	13,90	1	18	0	нет	1,34	2,54	6	0,5~	4
*Бельгия	11,45	1								
*Великобритания	11,88	2	18	3	лиц		7,27	6	0,8~	6
*Германия	14,40	1	18	0	нет	1,60	2,15	6	0,5~	4
*Греция	11,39	2	17	0	нет			0	0,5xx	6
*Дания	14,32	1	18	3	лиц	0,89	5,55	9	0,5~	6
*Ирландия	15,21	3	18	6	лиц	1,75	4,64	6	0,8~	5
*Испания	13,28	1	16	12	лиц	2,00	5,53	6½	0,5xx	9
*Италия	10,34	1	16	0	лиц	3,88	7,34	6	0,5x	7
*Люксембург	17,32	1	16	0	лиц	2,25	1,65	3	0,8x	5
*Мальта			16	0	лиц	1,33		3	0,8~	4
*Нидерланды	10,39	1	18	9	лиц	1,50	3,22	6	0,5xx	9
*Португалия	15,06	1	16	0	лиц	0,87	4,23	3	0,5x	4
*Словения	13,42	3	15	3	нет	1,41	5,47	9	0,5x	6
*Финляндия	11,69	3	20	10	мон	2,19	8,13	8	0,5xx	13
*Франция	15,62	1	16	3	лиц	1,81	4,90	6	0,5xx	7
*Чехия	15,02	2	18	0	нет	0,93	5,12	1½	0,0x	4
*Швеция	9,07	3	20	12	мон	2,05	8,72	11½	0,2xx	15

	Потребление алкоголя (на душу)	*Модель потребления (4 = наибольший риск)*	*Минимальный возраст*	*Кол-во ограничений продажи по времени и месту продаж*	*Монополия / лицензирование продажи алкогольной продукции*	*Соотношение стоимости пива и колы*	*Относительная цена крепких напитков*	*Ограничения на рекламу алкогольных напитков*	*Допустимая концентрация алкоголя в крови водителей и проверки*	*Общий балл по шкале ограничений*
Израиль	2,91	2	18	0	лиц	2,78	2,71	6	0,5~	6
Исландия	6,41	3	20	12	мон	1,43	9,97	10½	0,5x	12
Норвегия	7,50	3	20	11	мон	3,47	8,35	12	0,2xx	15
Хорватия	18,39	3	18	3	нет	0,80	8,80	8	0,5xx	7
Швейцария	12,49	1	18	6	нет	2,29	2,36	9	0,8~	6
Европа B										
*Польша	12,64	3	18	5	лиц	1,00	17,67	10	0,2xx	11
*Словакия	19,30	3	18	0	нет	1,00	12,26	3	0,0x	7
Азербайджан	2,86	3	18	3	лиц	3,00	26,86	4	0,0~	10
Армения	2,88	2	нет	0	лиц	1,43	72,63	0	0,0xx	8
Болгария	13,08	2	18	3	лиц	0,91	10,85	0	0,5x	6
Босния и Герцеговина	7,65	3	16	3	мон	1,35	52,16	0	0,5x	8
Грузия	7,36	2	16	0	нет	1,20	11,74	2	0,3xx	6
Киргия	5,89	3	нет	0	мон	1,00	50,61	6	0,5x	8
Македония	8,56	3	18	3	лиц	1,10	37,31	0	0,5x	8
Румыния	16,27	3	18	3	лиц	0,67	7,28	0	0,0~	6
Таджикистан	5,23	3								
Туркменистан	2,85	3	18	3	лиц	1,25		6	0,33x	
Турция	4,30	3	18	12	мон			10,5	0,5x	11
Узбекистан	2,92	3								
Европа C										
Беларусь	12,22	4	18	6	лиц	0,78	21,77	7	0,5x	8
*Венгрия	17,35	3	18	3	лиц	0,67	10,70	7	0,0x	8
*Латвия	16,48	3	18	5	лиц	1,89	18,67	2	0,49xx	9
*Литва	11,41	3	18	1	лиц	3,75	13,33	3	0,4xx	10
*Эстония	11,70	3	18	3	нет	1,13	12,26	3	0,2xx	9
Казахстан	10,11	4	нет	3		3,00	10,20	2	xx	7
Россия	16,39	4	18	3	лиц	1,58	14,45	5½	0,0~	8
Украина	8,00	3	18	2	лиц	3,00	25,54	6½	0,0x	10

ПРИМЕЧАНИЯ:
1. * – член ЕС на 2005 г.

2. Потребление алкоголя (на душу) – источник данных: Rehm *et al.* 2004. Оценка потребление чистого алкоголя на человека от 15 лет в литрах на 2000 г., включая нерегистрируемое потребление.
3. Модель потребления – источник данных: Rehm *et al.* 2004. Шкала опасности модели потребления алкоголя (от 1 до 4 баллов, где 4 – наибольший риск), оценивающая уровень проблем на литр алкоголя. Основано на опросах и/или экспертных оценках, касательно распространенности пития до интоксикации (4 балла), потребления алкоголя на улице и частоты потребления алкоголя во время еды.
4. Минимальный возраст легального приобретения алкоголя – Источник данных: WHO 2004: 33. Нет = нет ограничения.
5. Количество ограничений продажи алкоголя по времени и месту – Источник данных: WHO 2004: 27-28. Балл (0–12), означает количество ограничений продажи пива, вина и крепких напитков: ограничения по часам, дням, местам продажи и количеству торговых точек.
6. Монополия / лицензирование продажи – источник данных: ВОЗ 2004: 21–23. Монополия – государственная монополия на розничную продажу алкогольных напитков; лицензирование – розничная продажа спиртного лицензируется; нет = ни то, ни другое.
7. Соотношение стоимости пива и колы – источник данных: WHO 2004: 44. Соотношение средней цены бутылки или банки пива к стоимости того же объема безалкогольных газированных напитков.
8. Относительная цена крепких напитков – источник данных: WHO 2004: 46–47. Средняя стоимость 750 мл. крепких напитков.
9. Ограничения на рекламу алкогольных напитков – источник данных: WHO 2004: 65–66. Один балл за каждое ограничение рекламы пива, вина и крепких напитков на национальном телевидении, радио, печатном СМИ, афишах (балл 0–12). Пол балла за добровольные соглашения на ограничения производителей алкоголя или частичные ограничения.
10. Допустимая концентрация алкоголя в крови водителей и выборочные проверки на дорогах – источник данных: WHO 2004: 37; промилле (граммы на литр). Страны, в которых проводятся выборочные проверки водителей, обозначены знаком (xx), страны, в которых проверки проводятся иногда (x), редко или почти никогда (~).
11. Общий балл по шкале ограничений (0–16) складывается из следующих показателей:
    Минимальный возраст потребления алкоголя: нет или <18 = 0; 18 = 1; 19+ = 2.
    Количество ограничений продажи алкоголя по времени и месту: 0-2 = 0; 3-6 = 1; 7+ =2.
    Монополия / лицензирование продажи: нет = 0; лицензирование =1; монополия = 2.
    Соотношение цены пива и колы: <1,00 = 0; 1-1,99 = 1; 2+ = 2.
    Относительная цена крепких напитков: <6,00 = 0; 6-19,99 = 1; 20+ = 2.
    Ограничения на рекламу алкогольных напитков: 0–2 = 0; 3-8 = 1; 9+ = 2.
    Допустимая концентрация алкоголя в крови водителей: >0,5 = 2; 0,5 = 1; <0,5 = 0.
    Выборочные проверки водителей: редко, никогда = 0, иногда = 1, часто = 2.
12. В случае отсутствия данных был назначен 1 балл. Самым низким баллом является 4, а высшим – 15.

В Табл. 2 показано разделение стран данного региона по оценочному уровню потребления алкоголя на человека от 15 лет и старше, а также баллы по шкале модели потребления алкоголя, присвоенные им на основе исследования «Глобальное бремя болезней». Шрифт, использованный в таблице для написания названий стран, показывает балл страны по шкале ограничений алкогольной продукции. Видно, что страны, входившие ранее в СССР, достаточно сильно различаются по уровню потребления, но, по большей части, находятся в средней категории по ограничениям алкогольной продукции. Исключениями являются Латвия и Азербайджан, которые находятся в высшей категории по ограничениям. В низшую категорию, где раньше доминировали винные культуры южной Европы (Karlsson, Österberg 2001), теперь входит ряд пивных культур средней Европы, а также Великобритания и Ирландия. Категория высокого контроля состоит из стран с баллом выше среднего по модели потребления алкоголя (более опасная модель потребления); в основном это страны Северной и Восточной Европы.

Таблица 2. Уровень и модель потребления алкоголя и балл по шкале ограничений (*курсив* = низкий, **жирный шрифт** = высокий)

Потребление алкоголя, в литрах на чел. в год	**Модель 1 (меньше «проблем на литр»)**	**Модель 2**	**Модель 3**	**Модель 4 (больше «проблем на литр»)**
< 6,00		*Израиль* Армения #	**Азербайджан #** Киргизстан# **Турция** Туркменистан #	
6,00 – 9,99		*Грузия #*	Босния и Г. **Исландия** Македония **Норвегия** **Швеция**** **Украина #**	

Потребление алкоголя, в литрах на чел. в год	**Модель 1 (меньше «проблем на литр»)**	**Модель 2**	**Модель 3**	**Модель 4 (больше «проблем на литр»)**
9,99 – 13,99	*Австрия*** Италия** Нидерланды** Испания** *Швейцария*	*Болгария* *Греция*** *Великобритания***	Эстония*# **Финляндия**** **Литва*#** **Польша*** *Словения**	Казахстан #
14,00 +	*Дания*** Франция** *Германия*** *Люксембург*** *Португалия***	*Чехия*	Хорватия *Ирландия*** Венгрия* Латвия*# *Румыния* Словакия	Российская Федерация #

Примечания: *Курсив* = балл по шкале ограничений 4–6.
Обычный шрифт = балл 7–9.
Жирный шрифт = балл 10–15.
* = новый член ЕС; ** = старый член ЕС; # = бывшая республика СССР.

Исторический обзор

Таблицы 1 и 2 иллюстрируют положение дел с различными мерами алкогольной политики в странах региона на начало тысячелетия. Это кросс-национальное исследование современного положения дел в первом приближении, и оно безусловно не дает полную картину со всеми нюансами алкогольной политики в различных стран. Т. Карлссон и Э. Эстерберг (Karlsson, Österberg 2001) показали, что в последние пятьдесят лет в Европе наблюдалась некоторая конвергенция в сфере алкоголя, по крайней мере, в странах, входящих в ЕС не менее пятнадцати лет. Но данные Таблиц 1 и 2 показывают, что до сих пор есть серьезные различия в политике стран европейского региона. В различных частях Европы очень различается история и культура потребления алкоголя, и это оказывает влияние как на модели пития, так и на алкогольную политику.

Алкогольные продуты брожения – пиво, вино, мед, сидор и прочие – существовали в Европе с давних пор, а дистиллированные напитки появились в Европе сначала как ингредиенты лекарственных препаратов, и только примерно пять веков назад стали продуктом повседневного потребления. В средневековой Европе

алкогольная продукция производилась и потреблялась на местном уровне. Городские власти зачастую контролировали рынок в отношении качества продукции и денежной стоимости, а также в плане борьбы с негативными социальными последствиями пьянства (Bennett 1996). В позднем средневековье нередко производство алкогольных продуктов брожения вырастало из семейного бизнеса в целые предприятия с возраставшей специализацией и множеством работников. Дистилляция и пивоварение приняли промышленный масштаб на ранних этапах промышленной революции, а с приходом технологии дистилляции (а, следовательно, крепленых вин и крепких напитков) алкогольная продукция перестала быть скоропортящейся. Проблемы с поставками, связанные с нехваткой сельскохозяйственного сырья, недолговечностью продукции и небольшим объемом производства, начинали исчезать, и цены стали снижаться. В результате для многих европейских государств XVIII и XIX века стали эрой очень высокого потребление алкоголя, например, «эпидемия джина» в Великобритании в XVIII веке (Dillon 2003), в Норвегии – в XIX веке, когда был отменен запрет кустарной дистилляции (Hauge 1978), а во Франции, где во второй половине XIX века, когда резко вырос уровень потребления алкоголя (Barrows 1982). В России в то же самое время, когда царская власть боролась с финансовой зависимостью от доходов с продаж алкоголя (Herlihy 2001). В других частях Европы, особенно там, где индустриализация началась позже или ее не было совсем, похоже, такого сильного роста потребления не было. Так как виноделие менее подвержено влиянию индустриализации, относительные цены на основной алкогольный напиток в «винных культурах» менялись медленнее.

Еще в древности было известно, что потребление алкоголя может нанести урон здоровью и повлечь за собой социальные проблемы, и местные и государственные власти еще в те времена применяли меры алкогольной политики по снижению этих проблем. Социальные проблемы, возникающие в результате чрезмерного потребления алкоголя, которые появились с индустриализацией алкогольной промышленности в англоговорящих странах и Северной Европе, привели к появлению сильной и устойчивой социальной реакции – движения трезвенников конца XVIII – начала XX веков. Даже в странах, где движение трезвенников оставалось скорее уделом элиты общества, чем массовым явлением, как во Франции и России, оно нередко существенно влияло на алкогольную политику. В итоге, в ответ на требования о запрете алкоголя вообще, во многих частях Европы возникла сложная система ограничений алкоголя, как правило, под контролем государства. В

СССР, а позже в странах Восточной Европы на базе советской модели, система регулирования алкоголя стала частью общего управления рынком всех товаров народного потребления (Moskalewicz 1985). В Норвегии, Англии, Швейцарии и некоторых других странах Северной и Западной Европы с сильно развитыми движениями трезвенников, рынок алкоголя серьезно контролировался государством с целью минимизации проблем, вызываемых потреблением алкоголя, но система регулирования алкоголя практически не касалась других товаров. Другими словами, алкоголь считался особым продуктом, в связи с его возможными негативными воздействиями.

Пятьдесят лет назад, когда то, что сейчас называется Евросоюзом, было ограниченным торговым соглашением между шестью странами, а советская система простиралась за пределами СССР и охватывала остальную часть Восточной Европы, существовало три основных модели регулирования рынка алкоголя.

(1) В странах Южной Европы с развитой винной культурой, где вино было частью повседневной сельского образа жизни, который был широко распространен, было немного мер, которые можно было бы отнести к сфере регулирования алкоголя (Karlsson, Österberg 2001). Также регулирование алкогольной сферы было довольно слабым в Германии и Австрии – странах со смешанной винно-пивной традицией. В странах-членах Европейского Сообщества, которое потом стало ЕС, большинство мер в сфере алкоголя было ориентировано на управление предложением (по сути, перепроизводством) вина как сельскохозяйственного рыночного продукта (Sulkunen 1982). Отражение ориентаций первых членов ЕС стала сильная тенденция к восприятию алкогольной продукции как просто одного из сельскохозяйственных продуктов, наравне с пшеницей и мясом. Регулированию алкоголя уделялось меньше внимания, чем в остальной Европе. Согласно шкале «строгости алкогольной политики» Т. Карлссона и Э. Эстерберга (Karlsson, Österberg 2001), в 1950 году 5 из 6 изначальных членов (Люксембург в исследовании не участвовал) имели средний балл ограничений 4,8, а это на два балла меньше среднего балла 6,8, который имели 9 стран, вошедших в ЕС к 1995 году.

(2) В скандинавских странах, Великобритании и Ирландии существовали сильные традиции особой регуляции сферы алкоголя. В этих странах акцизы на алкоголь были выше, чем в остальной Европе. Во всей Скандинавии, кроме Дании, государство монополизировало рынок алкоголя с целью регулирования связанных с потреблением алкоголя проблем со здоровьем населения и порядком. Также в 50-х годах прошлого века применялись ограничения

потребление алкоголя на человека (например, талонная система в Швеции), хотя эта система была со временем отменена (Sulkunen *et al.* 2000). В Англии и Ирландии основными мерами регулирования были система лицензирования и ограничение часов торговли алкоголем. Режимы особого лицензирования также использовались во многих других странах Западной Европы.

(3) В странах советского блока, где действовал ряд особых ограничений на продажу алкоголя и, зачастую, высокие цены, многие рычаги контроля алкоголя являлись частью общей централизованной системы контроля рынка товаров народного потребления. Так как производство алкоголя было достаточно простым и дешевым, и его можно было продавать по цене гораздо выше себестоимости, в диссидентских кругах общества считали, что алкоголь используется властями как «опиум для народа». Таким образом, забота властей о связанных с алкоголем проблемах зачастую воспринималась как несколько лицемерная.

Последние десятилетия

Несмотря на то, что система управления рынком алкоголя сохранилась в различных частях Европы, многое изменилось за последние пятьдесят лет.

(1) В южноевропейских винных культурах наблюдалось значительное снижение потребления алкоголя (Leifman 2001). Несомненно, существует ряд причин такого спада (Simpura 1998), но важной составляющей тенденции стали урбанизация и индустриализация: перемещение в город, работа на заводе или в офисе значительно сокращают потребление вина.

В то же время возросла забота о здоровье и социальных последствиях чрезмерного потребления алкоголя. Символический стакан молока, вынесенный Пьером Мендес-Франсом на трибуну на Национальном Собрании Франции в 1954 году (Prestwich 1988: 269), можно считать первым знаком такой заботы. В последние годы, внимание общественности было привлечено изменением характера потребления алкоголя среди молодежи в южноевропейских странах (см., напр.: Freyssinet-Dominjon, Wagner 2003), таких как феномен *el botellón* в небольших городах Испании (Baigorri *et al.* 2004). Озабоченность количеством аварий, причиной которых стало потребление алкоголя, также стало важным толчком в развитии алкогольной политики, как в случае с недавними мерами по уменьшению аварийности на дорогах, принятыми во Франции (Associated Press 2003). Параллельно с растущей озабоченностью проблемами, вызываемыми потреблением алкоголя, происходило

усиление мер алкогольной политики. Согласно расчетам, сделанным Т. Карлссоном и Э. Эстербергом (Karlsson, Österberg 2001), из пятнадцати членов ЕС у пяти средиземноморских баллы по шкале ограничений алкоголя выросли с 2,2 в 1950 г. до 9,9 в 2000 г. Это отображает значительный рост регулирования алкоголя в каждой из пяти стран. И все же, в результате роста политического влияния виноделов, налоги на алкоголь остаются в общем низкими, а налоги на вино равны нулю или стремятся к нему.

(2) Уровень потребления алкоголя был весьма низок в период послевоенного кризиса в Германии и Австрии, но он неумолимо рос, и достиг пика в 1973 году в Австрии и Швейцарии и в 1976 году в Германии. После этого уровень потребления алкоголя в Австрии и Швейцарии стабильно падал, в то время как снижение потребления алкоголя в Германии было прервано на несколько лет ростом в начале 1990-х годов. Помимо заметного изменения в Восточной Германии, регулирование алкоголя в этой части Европы оставался почти неизменным, за исключением некоторого ужесточения законов о вождении в состоянии алкогольного опьянения. Акцизы на алкоголь в Австрии и Германии остаются низкими.

(3) До 2004 г. в странах Скандинавии, Великобритании и Ирландии сохранялся самый высокий в ЕС уровень акцизов на алкоголь. В 2004 г. Дания и Финляндия были вынуждены снизить акцизы на алкоголь в связи с очень высокими максимальными нормами частного импорта в ЕС и более низким уровнем налогов в Германии и Эстонии. Снижение также было запланировано в Швеции, но до сих пор не было осуществлено. Несмотря на давление со стороны ЕС и Европейской экономической зоны, Финляндия, Исландия, Норвегия и Швеция до сих пор сохранили монополию государства на розничную продажу алкоголя. Тем не менее, скандинавская система регулирования алкоголя сильно ослабела, частично из-за внутреннего стремления к либерализации, но в основном под давлением идеологии «единого рынка» ЕС. Скандинавские страны до сих пор занимают первые места в Европе в спектре ограничений, но с начала 1950-х наблюдается значительное ослабление этих позиций (Room 2002).

(4) После распада СССР, в бывших странах советского блока в регулировании алкогольного рынка наступила «оттепель» (Moskalewicz 2000). Отчасти это объясняется тем, что девизом того периода было слово «приватизация», и, согласно девизу, практически стерлись различия между товарами и рынками. На деле, предприятия алкогольной отрасли зачастую приватизировались в первую очередь, так как их продукт пользовался неизменным спросом, и, соответственно, они были надежным капиталовложением.

Важную роль также сыграла политика в сфере культуры и символики последних лет существования блока. Пример был показан в 1980-х в период солидарности в Польше.

Если изначально борьба с алкоголизмом была одним из элементов программы рабочего движения (Bielewicz, Moskalewicz 1982), то в период военного времени она была подорвана самим же государством путем введения фронтовых «100 грамм». Меры по ограничению алкоголя немедленно стали весьма непопулярными (Moskalewicz 1993). В 1985 году СССР, в свою очередь, начал серьезную антиалкогольную кампанию; аналогичные меры были предприняты и в других странах социалистического блока. Советская антиалкогольная кампания была успешной с точки зрения здравоохранения и влияния на уровень смертности (Room 2001*b*), но оказалась полным провалом в плане общественного мнения и поддержки. Это была последняя распорядительная кампания разваливающейся системы, она сразу стала крайне непопулярной, и в 1988 году была отмена (White 1996). Растущий уровень потребления алкоголя сыграл свою роль в кризисе смертности в 1990 г. в странах бывшего СССР (Bobadilla *et al.* 1997).

Восточная Европа столкнулась с серьезной проблемой преодоления неприятия мер ограничения алкоголя, вызванного периодом правления Горбачева. В США сухой закон оставил за собой долгий след, оказавший влияние на дальнейшую алкогольную политику в этой стране, которое было заметно спустя 50 лет после отмены сухого закона (Moore, Gerstein 1981). История повторилась в определенной мере в виде советской антиалкогольной кампании, тень которой до сих пор лежит на странах Восточной Европы и Северной Азии.

Вместе с тем необходимо признать, что в Восточной Европе до сих пор сохранились довольно строгие запреты на вождение в состоянии алкогольного опьянения, и что потребление до некоторой степени сдерживается относительно высокими (по отношению к уровню жизни) ценами на алкогольную продукцию.

Проблемы, задачи и перспективы

Потребление алкоголя и опьянение как вопрос общественной морали

Как показывает исследование ВОЗ «Глобальное бремя болезней», потребление алкогольной продукции наносит серьезный вред здоровью человека, в целом сравнимый с вредом от курения табака. Но алкоголь отличается от табака тем, что его употребление со-

провождается рядом негативных социальных последствий для работы, семьи, социальной жизни, провоцирует преступления, а также негативно сказывается на здоровье. Причем большая часть этих последствий отражается не только на самом потребителе, но и на окружающих. Пьяный человек воспринимается обществом как непредсказуемый и потенциально опасный. Алкоголь уже давно относится к сфере общественной морали в связи с его последствиями для окружающих. Экстремальным способом решения проблемы является полный отказ от алкоголя, что исключает любую возможность опьянения и какого-либо вреда. В каждой из мировых религий есть направление, занимающее именно такую позицию, и, разумеется, воздержание является неотъемлемым атрибутом жизни каждого правоверного мусульманина. Иногда, в силу особых жизненных обстоятельств, такая позиция встречается и среди нерелигиозных людей. Во время первых демонстраций движения «Солидарность» в Гданьске в 1980 г. рабочее движение ввело запрет на алкоголь в городе (Bielewicz, Moskalewicz 1982). Как показал опыт, власти могли легко дискредитировать ранние оппозиционные движения, показав по телевидению стоящую на земле рядом с демонстрантами пустую бутылку водки. Воздержание продемонстрировало серьезность намерений, желание избежать насилия, а также стало страховкой от выявления контрпропагандой случаев пьянства. Аналогично и с теми же доводами, в конце 2004 г. выступала оппозиция в Киеве: в уличном лагере был запрещен алкоголь (Holley 2004), ведь, по мнению участников, «только трезвые люди могут строить демократию».

Несмотря на существенные культурные различия в восприятии алкогольного опьянения и в связанных с ним ожидаемых моделях поведения (Room 2001*a*), его общественное порицание, очевидно, является кросс-культурно универсальным. Это подтверждается исследованиями ВОЗ, основанными на изучении отчетов информаторов о стигматизации и общественном порицании нетрудоспособных состояний (Room *et al.* 2001). В этом исследовании семь из четырнадцати стран были из европейского региона ВОЗ (Таблица 3). В шкале общественной реакции на 10 различных состояний, одним из самых негативно воспринимаемых является состояние «явного алкогольного опьянения», ответы респондентов были ближе всего к полюсу шкалы со значением «люди посчитают это неправильным и попытаются прекратить это». Во всех странах, к примеру, быть пьяным считается более неприемлемым, чем быть «грязным и неряшливым». В другом исследовании общественного порицания и стигматизации различных состояний, среди 18 состояний алкоголизм оказался в ряду лидеров. В каждой из стран

результаты показали, что алкоголизм вызывает большую неприязнь, чем человек, страдающий слабоумием, или человек, который не может удержаться ни на одной работе.

По иронии, моральное осуждение состояния алкогольного опьянения в некоторых случаях даже мешает применению подходов общественного здравоохранения по снижению алкогольных проблем. Идеи морального и уголовного наказания неприличного поведения зачастую не оставляют места здравоохранительным инициативам. Состояние опьянения жертвы сексуального насилия и других насильственных преступлений часто рассматривается с позиции «сам виноват», что осложняет внедрение профилактических стратегий. Кроме того, также как и в вопросах сексуальной сферы, официальным СМИ и органам власти трудно признать злоупотребление алкоголем на вечеринках и празднествах. Многие пьющие не сознаются (зачастую даже сами себе), что иногда напиваются до состояния алкогольной интоксикации, поэтому с ними довольно сложно обсуждать эту проблему.

Таблица 3. Относительный показатель общественного неодобрения алкоголизма и опьянения, по докладам ключевых информаторов из семи стран европейского региона ВОЗ

	Греция	Люксембург	Нидерланды	Румыния	Испания	Турция	Великобритания
Место алкоголизма в рейтинге общественного порицания или стигматизации (из 18 состояний, 18 = максимальный балл)	13	15	16	14	12	17	15
Место социальной реакции на состояние «явного опьянения» в рейтинге (из 10 возможных, 10 = максимальный балл)	9	9	8	9	9	8	9*

ПРИМЕЧАНИЕ: * = опрос был проведен только по 9 состояниям. Источник: Room *et al.* 2001: 276, 278.

Отметим, что, как правило, пьющий человек думает, что речь идет не о нем самом, а о каких-то ненормальных алкоголиках и пьяни-

цах (ведь он просто один из «разумных» и «общественно безопасных» потребителей алкоголя).

Разнообразие и преемственность культур потребления алкоголя в европейском регионе

Вышеизложенные факты об истории и моделях потребления алкоголя уже дали некоторое представление о разнообразии культур потребления алкоголя в регионе. Есть много классификаций статуса алкоголя в культуре (Room, Mäkelä 2000). Для Европы привычна классификация по доминирующему типу алкогольной продукции: вино, пиво и крепкие напитки. Тем не менее, в некоторых культурах бывает сдвиг доминирующего напитка: в Скандинавии в последние десятилетия пиво заменило традиционные крепкие напитки (Leifman 2001).[2]

Напротив, в южной Европе пошатнулся статус вина, хотя оно до сих пор доминирует в традиционных винных культурах.

Более надежной считается классификация по ценностным ориентациям относительно потребления алкогольных напитков, нежели по типу предпочитаемого алкоголя. В первую очередь надо отметить, что, несмотря на 70 лет официального атеизма в бывшем СССР, граждане мусульманского происхождения в странах бывшего Советского Союза, по большей части, сохранили традицию воздержания. «Да, есть у нас проблемы с алкоголем в Азербайджане, – сказал мне психиатр из Азербайджана в 1987 году, – но проблема не в азербайджанцах». Тем не менее, исследование Дж. Померло и его соавторов (Pomerleau *et al.* 2003) репрезентативных выборок населения восьми стран бывшего СССР показало, что мусульмане в тенденции пьют меньше, однако эти результаты не достигли статистической значимости.

Во-вторых, сравнительное исследование выборок взрослого населения в шести странах южной и северо-западной Европы показало четкие различия по приему алкоголя за столом. Выяснилось, что потребление алкоголя за обедом и ужином наиболее характерно для Италии и Франции и наименее распространено в Финляндии и Швеции, а Германия и Великобритания занимают промежуточную позицию (Leifman 2002). Соответственно, опьянение является менее заметной чертой потребления алкоголя во Франции и Италии, чем в Финляндии, Швеции и Великобритании (измерялась частота потребления респондентами эквивалента бутылки вина и

[2] В действительности, если говорить о потреблении чистого этанола, теперь вино является самым потребляемым алкогольным напитком в Швеции.

более). Изучение 15-летних подростков также выявило, что потребление алкоголя до интоксикации является гораздо менее выраженной чертой традиций пития среди молодежи в Южной Европе, чем в других частях Европы (Room 2004). Так, третьим основанием для классификации потребления алкоголя можно считать культурную ценность потребления алкоголя «ради эффекта», зачастую, до интоксикации.

Для политической мысли и социальной политики Скандинавии последние полвека было характерно сильно желание, и был предпринят ряд попыток преобразовать северную культуру потребления алкоголя в идеализированную версию южноевропейской. Например, это было главной причиной либерализации доступности пива в Финляндии в 1969 году (Tigerstedt 2000). Результаты не оправдали надежд и ожиданий - вместе с уровнем его потребления, выросли не только связанные с алкоголем проблемы, но также не было отмечено снижения вреда на литр (Mäkelä *et al.* 1981). За последние несколько десятков лет скандинавским странам, в основном благодаря применению дифференцированного налога и доступности пива, удалось перейти из разряда «потребляющих крепкие напитки» в разряд «потреблявших крепкие напитки». Однако, в результате, похоже, характер потребления алкоголя не стал мягче. На самом деле трудно найти исторические примеры удачного планового перехода от культур североевропейской или англосаксонской модели потребления алкоголя к идеализируемой южноевропейской (Room 1991). «Мечта о лучшем обществе», как Б. Олссон (Olsson 1990) описал смену курса в Швеции в 1990 году, так и осталась мечтой.

Более широко вопрос об изменении обычаев потребления алкоголя был раскрыт в работе Дж. Симпуры (Simpura 2001): «обычно уходят десятилетия и более на то, чтобы переход стал заметен. Некоторые качественные характеристики потребления алкоголя очень [устойчивы] к изменениям, даже при количественном изменении общего уровня потребления алкоголя и т.п. Естественной единицей измерения характера потребления алкоголя является поколение, а не десятилетие и менее».

Наиболее ярким современным примером удачного планового изменения в обычаях потребления алкоголя в различных сообществах представляют собой различные меры, предпринимаемые обществом против вождения в состоянии алкогольного опьянения. Здесь целью было не в изменение всего спектра обычаев потребления алкоголя, а лишь одного аспекта - человек, перед тем как сесть за руль, должен не пить, либо почти не пить. Перемены потребовали изменения общественных установок и норм, а также

решительной программы действий в сфере законотворчества и законоприменения. Время, потребовавшееся для этих изменений, измеряется десятилетиями, а не годами. Первый закон, ограничивающий содержание алкоголя в крови для водителей, был принят в Норвегии в 1936 году, а процесс изменения алкогольных привычек продолжается во многих странах по сей день (Associated Press 2003).

Плановые меры по переводу общества от традиционного неумеренного потребления алкоголя требуют более радикальных изменений в обычаях потребления алкоголя, чем кампания против вождения в нетрезвом состоянии. Можно сделать заключение, что для этого потребуется значительная политическая воля и продолжительная программа законодательной и правоприменительной поддержки. Маловероятно, что программа либерализации контроля алкоголя под девизом «культуры пития» или защиты потребителя продвинет общество в нужном направлении.

Конец независимой алкогольной политики

Алкогольная политика и система регулирования алкоголя традиционно работали на местном или государственном уровне. На местном уровне возникает множество проблем с потреблением алкоголя, которые необходимо решать. На государственном уровне зачастую на первый план выходили акцизы на алкоголь как источник дохода. В начале XX века политика, направленная на решение связанных с алкоголем проблем, принимает государственный характер, а усилившаяся во многих странах во время первой мировой войны централизация углубила эту тенденцию.

В отличие от других психоактивных опьяняющих веществ, алкоголь на данный момент не является предметом каких-либо международных конвенций или соглашений. За всю историю европейские колониальные державы подписали два договора, ограничивающих продажу спиртного коренным африканцам (Bruun *et al.* 1975), было также два двусторонних договора в 1920 г., ослабивших запреты на государственном уровне (Tyrrell 1994). Ни один из этих договоров не действует в наши дни. Таким образом, государства сами вольны решать вопросы алкогольной политики. Эта ситуация всегда представляла собой проблему; в прошлые века контрабанда алкоголя вдоль британских берегов была обычным делом, особенно, когда высокие налоги делали этот бизнес выгодным. Но в прошлом проблемы можно было решать на государственном уровне.

За последние десятилетия ситуация изменилась в связи с подписанием торговых соглашений и подъемом общих рынков, и это ограничило поле действий государственных властей. Наиболее ярким примером недавнего прошлого, разумеется, является Евросоюз, который поставил главной задачей становление единого рынка товаров, а в дальнейшем, и рынка услуг. Будучи неспособным эффективно сбалансировать акцизы на алкоголь, ЕС на протяжении долгого времени вел скрытую политику принудительного снижения ставок акцизов на алкоголь путем установления непомерно высоких норм на ввоз алкоголя людьми, пересекающими границы стран внутри ЕС. Такая скрытая политика сработала, так как страны с низкими акцизами (в частности, Германия и Эстония) граничат с множеством стран ЕС, в которых акцизы были значительно выше. Таким образом, Польша, Финляндия и Дания заметно снизили налоги на алкоголь в 2004 и 2005 гг. и на официальном уровне было предложено сделать то же самое в Швеции. Несмотря на то, что английские и ирландские акцизы несколько защищены Ла-Маншем, давление на налоговые ставки в этом регионе отразилось в том, что акцизы на спиртное в Великобритании не росли на протяжении 8 лет.

ЕС также ослабил политику регулирования алкоголя рядом других способов. Норвегии, Швеции и Финляндии пришлось отказаться от монополии на производство и оптовую продажу алкоголя в середине 90-х гг., в Швеции был ослаблен запрет на рекламу, Европейская комиссия хочет ослабить туристические ограничения в Великобритании, также идут споры насчет легального статуса закупок алкоголя по интернету, а также других способов межграничной торговли. Хотя, есть некоторые признаки того, что рост компетентности в области общественного здравоохранения, начинает размывать восприятие структурами ЕС алкоголя как обычного продукта; например, во Франции ограничения на непрямую рекламу (*Loi Evin*) были поддержаны.

Исторически сложившаяся ситуация с алкоголем в ЕС – это только часть более глобальной международной тенденции, изначально находившейся под влиянием Генерального соглашения по таможенным тарифам и торговле стран Атлантического союза (*GATT*), а теперь Всемирной торговой организации (ВТО). Пивовары США убедили власти США бороться с регулирование алкоголя на уровне провинций в Канаде, а в ответ канадские пивовары убедили свое правительство бороться регулированием алкоголя в США на уровне штатов (Room, West 1998). Ряд обсуждений в ВТО привел к снижению акцизов на алкоголь в нескольких развивающихся странах (Room *et al.* 2002: 75–76). В рамках текущего ра-

унда переговоров ВТО о Генеральном соглашении о торговле услугами существует серьезная угроза для некоторых функций государственной политики регулирования алкоголя (Grieshaber-Otto, Schacter 2002). В просочившемся с этих переговоров документе содержится инициатива ЕС о том, чтобы «Канада, США, Австралия, Китай, Индия, Малайзия, Индонезия, Аргентина, Панама и Колумбия не должны делать никаких рыночных ограничений на торговлю алкоголем, будь то розничный или оптовый уровень» (Ainger 2002).

Работа по защите здоровья нации от табакокурения встретились с такими же препятствиями в торговых соглашениях и переговорах (хотя в борьбе за здоровье людей ЕС уделяет гораздо больше внимания табаку, чем алкоголю). Принимая это во внимание, ВТО впервые использовало свое влияние, чтобы создать рамочный международный договор по защите здоровья населения – Рамочную конвенцию по борьбе против табака (http://www.who.int/tobacco/framework/en/), вступившую в силу 27 февраля 2005 г. Можно привести не менее веские доводы в пользу создания международной рамочной конвенции по регулированию алкоголя (смотр.: Jernigan *et al.* 2000; Babor *et al.* 2003: 231-244; Room 2006). В Европе в таких торговых соглашениях как Европейский Союз и Европейская экономическая зона, необходимо четко определить статус алкоголя как особого продукта, обладающего значительным потенциалом вреда здоровью общества и правопорядку, и принимать это во внимание в таких переговорах, как проходящее в настоящее время в ЕС обсуждение директивы об услугах (EU 2006), которое в противном случае может существенно ослабить потенциал политики контроля алкоголя (Grieshaber-Otto, Schacter 2002).

Новейшая литература по эффективности и рентабельности алкогольной политики

За последние годы мы существенно продвинулись в понимании механизмов действия конкретных мер по регулированию алкоголя – не только того, что работает, но и того, что не работает. Таким образом, правительства различных стран находятся в более выгодном, нежели 20 лет назад, положении, так как располагают необходимыми данными для построения алкогольной политики. В заключительной главе недавнего обзора (*Babor et al.* 2003) содержится «руководство пользователя» по алкогольной политике, которое включает тридцать две стратегии или способа воздействия, варьирующихся по степени их эффективности, широте их ис-

следовательской опоры, степени их испытанности в разных культурах, и относительной стоимости их внедрения. В нижней части спектра находится список стратегий, которые не имеют на характер потребления алкоголя и тяжесть проблем никакого или практически никакого эффекта:

- добровольные соглашения алкогольной отрасли (например, правила обслуживания в барах);
- введение курса изучения действия алкоголя в школах;
- предупреждающие надписи;
- антиалкогольная реклама;
- реклама альтернатив – безалкогольных мероприятий и развлечений;
- специализированные водительские услуги для нетрезвых водителей и услуги по доставке домой.

В верхней части спектра находятся десять стратегий, которые оказались весьма эффективными. Пять из них относятся к политике регулирования алкоголя, четыре являются мерами против пьянства за рулем, а одна является способом воздействия на людей, злоупотребляющих алкоголем:

Меры государственной политики регулирования алкоголя:

- возрастное ограничение покупки алкоголя;
- государственная монополия на розничную торговлю;
- ограничение по часам или дням продажи;
- ограничение количества точек продажи;
- акцизы на алкоголь.

Меры против пьянства за рулем:

- посты проверки трезвости;
- снижение допустимого уровня алкоголя в крови водителей (*BAL*);
- временное изъятие прав;
- постепенное лицензирование начинающих водителей; [3]
- краткие вмешательства в жизнь злоупотребляющих алкоголем.

Следующим шагом стало применение анализа экономической эффективности; это было нужно, чтобы сравнить рентабельность

[3] Постепенное лицензирование начинающих водителей ограничивает время и другие условия вождения в первый год. Это ограничивает возможности для вождения молодых людей в западных странах, при том, что подростки 16–20 лет подвергаются повышенному риску попасть в автомобильную аварию в нетрезвом виде (Babor *et al.* 2003) – *прим. ред.*

различных стратегий алкогольной политики (Chisholm *et al.* 2004), в качестве инициативы программы ВОЗ *CHOICE*[4] (Выбор рентабельных стратегий). В результате проверки были рассмотрены и отброшены проекты введения курса по изучению действия алкоголя в школах и обращения государственных служб, которые оказались неэффективны и не могут быть экономически эффективными. В итоге осталось пять стратегий, рентабельность которых была в достаточной мере подтверждена практикой:

- акцизы;
- запрет на рекламу;
- запрет на продажу в выходной день;
- выборочные проверки дыхания на алкоголь (*RBT*) для выявления пьяных за рулем;
- выявление с помощью тестирования и краткая медицинская консультация злоупотребляющих алкоголем.

Была произведена оценка эффективность налогообложения при увеличении нынешних ставок на 25% и на 50%. Результаты исследования для трех европейских регионов ВОЗ показаны в Табл. 4.

Три левые колонки Табл. 4 слева показывают эффективность каждой меры, измеряемую в предотвращенных потерях продолжительности здоровой жизни (DALY) на миллион человек в год. Во всех трех субрегионах самой эффективной мерой стали краткие медицинские консультации, а увеличение акцизов заняло второе место. Все исследованные меры могут быть весьма эффективны в каждом из субрегионов.

Три колонки справа показывают соотношение затрат и эффективности, измеряемое в международных долларах, затраченных на предотвращение потери каждого года здоровой жизни (DALY). В каждом из субрегионов чем выше акцизы, тем выше рентабельность. Следует отметить, что эти расчеты, в соответствии с основными экономическими принципами, не включают прибыль государства с акцизов, которые обычно считаются как добавочная выгода. Даже без учета этих доходов, акцизы являются самой экономически эффективной стратегией в регионах Европа *A* и *C*, а также в Европе *B* при наивысшем уровне налогов. Следующей по эффективности стратегией для Европы *C* является запрет на продажу спиртного в один из выходных дней, а также запрет на рекламу, вслед за этим идет непродолжительные краткие медицинские консультации и выборочные проверки дыхания водителей на дорогах.

---

[4] ***CHO**osing **I**nterventions that are **C**ost-**E**ffective.*

В Европе *А* запрет рекламы алкоголя стоит на втором месте, за ним следует запрет продажи в один из выходных дней, краткие медицинские консультации и выборочные проверки дыхания водителей на дорогах. В Европе *В* порядок таков: запрет рекламы, непродолжительные краткие медицинские консультации, запрет на продажу алкогольной продукции в один из выходных дней и выборочные проверки дыхания водителей на дорогах.

Табл. 4. Эффективность и рентабельность алкогольных стратегий по модели исследования ВОЗ *CHOICE* в трех европейских субрегионах ВОЗ

	Эффективность: предотвращенные потери здоровой жизни, в годах (*DALY*) на миллион человек в год			**Рентабельность:** в долларах на каждый предотвращенный потерянный год здоровой жизни (*DALY*)		
	Евр А	**Евр В**	**Евр С**	**Евр А**	**Евр В**	**Евр С**
Акцизы: На данный момент	1365	442	1137	333	624	185
+25%	1576	503	1243	289	548	169
+50%	1764	564	1349	258	489	156
Выборочные проверки на дорогах	247	161	460	2467	4566	1108
Запрет на продажу в один из выходных	251	320	689	1087	703	200
Запрет на рекламу	459	300	616	594	511	224
Краткое мед. консультирование злоупотребляющих	1889	1024	2111	2351	612	592

ПРИМЕЧАНИЕ: *DALY* = потери здоровой жизни с учетом преждевременной смерти и инвалидности.[5] Отметим, что доходы с акцизов не учитываются в

[5] Показатель потерь здоровой продолжительности жизни (*Disability-Adjusted Life Years, DALY*) рассчитывается по формуле: *DALY* = потери лет жизни (*Years of Life Lost, YLL*) + годы, прожитые с инвалидностью (*Years Lived with Disability, YLD*).

подсчете рентабельности. Источник: Chisholm *et al*. 2004: 789. Выполненный Д. Чисхолмом и его коллегами анализ является пионерским исследованием, обладающим очень важной практической ценностью, а также хорошим подспорьем для разработки эффективной алкогольной политики. В будущем, когда доказательная база для подобных исследований расширится и углубится, прогнозирование эффективности политических нововведений в конкретном обществе станет более точным. Но результаты этого анализа уже представляют собой серьезное руководство по тому, как лучше всего использовать ресурсы для получения наилучшего результата в сфере алкогольной политики.

Заключение

В большей части европейского региона алкоголь является естественной частью ритма рабочей недели, и серьезные социальные проблемы и проблемы со здоровьем, которые он с собой несет (как возникающие немедленно, так и долгосрочные) принимаются как должное, и иногда не замечаются из-за их привычности. Поговорив с сотрудником правоохранительных органов или врачом в пункте скорой помощи, вы сразу поймете, что нарушения и повреждения, вызванные потреблением алкоголя, являются элементом их повседневной работы – то, что они не могут не замечать, но приняли как должное. Проблемы зачастую могут быть еще менее заметными для тех, кто оказывает услуги в сфере здравоохранения, но кто не сталкивается с этой проблемой постоянно – семейные врачи, социальные работники, психологи и психиатры, учителя и т.д. Однако исследование и наблюдение показывают, что алкоголь является причиной многих неприятностей и проблем, с которыми они сталкиваются.

Возможно, сейчас самое время вынести проблемы, связанные с алкоголем, на передний план, поскольку ситуация все более ухудшается. Это сейчас происходит в Великобритании и Ирландии, где возрастание открытого пьянства и связанных с ним проблем укрепили озабоченность населения в вопросах алкоголя, и поставили вопрос о слабости алкогольной политики в этих странах (*e.g.*, Levy, Scott-Clark 2004; Associated Press 2005). С другой стороны, даже серьезное ухудшение проблем с алкоголем может оставаться незамеченными при определенных условиях, как, например, в России 1990-х годов, когда было слишком много других проблем.

С этой точки зрения, расчеты ВОЗ в исследовании «Глобальное бремя болезней» являются сигналом тревоги. В европейском регионе существует серьезные проблемы с алкоголем, который является одной из основных причин смертности и инвалидности в регионе – даже без учета социальных проблем, связанных с алко-

голем. Ситуация требует, чтобы ответственные политики и граждане отступили от привычной стратегии уклонения и самоуспокоения, и задумались над тем, что можно сделать. Учитывая моральную сторону вопроса, о чем говорилось выше, может появиться соблазн ограничиться символическими средствами, направленными на распространение идей. Проблемы, охватывающие все общество, могут быть рассмотрены более узко. Например, часто фокусируются на пьянстве подростков, и предлагаются меры индивидуальной направленности: штрафы за нарушение общественного спокойствия и законы о запрете асоциального поведения. Подобные меры не беспокоят представителей алкогольной отрасли, в числе прочего, потому что они вряд ли хоть немного повлияют на уровень потребления алкоголя.

С точки зрения общественного здравоохранения, нужно смотреть на проблему шире, чем просто с позиции морали или мер в отношении частных случаев, и искать более эффективные меры, которые зачастую работают без унижения конкретного человека и без сильного морального принуждения. Повышение акцизов являются ключевым примером подобных стратегий в сфере общественного здравоохранения с хорошим воздействием на все населения, хотя наибольший эффект оно оказывают на сильно пьющих людей. Повышение акцизов не указывает на отдельного человека как на нарушителя или преступника, и не обязательно работает как пропаганда. Вместо этого, повышение акцизов ведет к незначительным изменениям в потребительском выборе между различными продуктами потребления, и немного снижает уровень потребления. С точки зрения морали, необходимо найти такие стратегии снижения потребления алкоголя, которые минимально были бы связаны со стрессом и унижением, и максимально – с воздействием на все группы населения.

С увеличением количества исследований по оценке эффективности алкогольной политики, политические деятели получили гораздо больше информации о том, что работает, а что нет, и при каких обстоятельствах. Но уроки, почерпнутые из этих исследований, ставят перед ними задачу: небольшие политические шаги в сторону снижения количества проблем, связанных с алкоголем, уже предпринимались, и дальнейшее продвижение может потребовать значительного участия населения. Внедрение эффективных мер будет встречать оппозицию, например, со стороны производителей алкогольной продукции и смежных отраслей. Чтобы быть эффективной, алкогольная политика не должна были извращена такими интересами. Например, организации «социальной ответст-

венности», спонсируемые алкогольной отраслью не должны иметь права вето на политические решения.

Уроки прошедших лет в Европе, а в особенности в Евросоюзе показали, что эффективная алкогольная политика больше не может быть только национальным вопросом. Торговые соглашения и договоры ослабили многие из самых эффективных мер алкогольной политики, и грозят дальнейшим ослаблением в будущем. В отсутствие какого бы то не было уравновешивающего международного соглашения, алкоголь будет рассматриваться в этих соглашениях как обычный продукт, наравне с другими. Подобная ситуация недопустима, если мы говорим о здоровье и безопасности общества. Но проблема вряд ли будет решена резолюциями или планами действий. Потребуется сплоченная международная инициатива в виде Рамочной конвенции по борьбе с алкоголем или другой подобный международный договор.

Библиография

Ainger K. 2002. A Privatisers' Hit List. *Guardian*, April, 18 (http://www.guardian.co.uk/comment/story/0,,686141,00.html).

Associated Press. 2003. Wine Industry Urges Drinking, Driving: French Winemakers Try to Counter Anti-Drunk Driving Push. *MSNBC News* November, 15 (http://msnbc.msn.com/id/3475777/).

Associated Press. 2005. Irish Police Arrest 714 in St. Patrick's Day Mayhem. *Toronto Star* May, 18.

Babor T. F., R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht, K. Graham, G. W. Grube, P. J. Gruenewald, L. Hill, H. D. Holder, R. Homel, E. Österberg, J. Rehm, R. Room, and I. Rossow. 2003. *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.

Barrows S. 1982. Alcohol, France and Algeria: A Case Study in the International Liquor Trade. *Contemporary Drug Problems* 11: 525–543.

Bielewicz A., J. Moskalewicz. 1982. Temporary Prohibition: The Gdansk Experience, August, 1980. *Contemporary Drug Problems* 11: 367–381.

Baigorri A., and R. Fernández (GIESYT). 2004. *Botellón: Un Conflicto Postmoderno.* Barcelona: Icaria.

Bennett J. M. 1996. *Ale, Beer, and Brewsters in England: Women's Work in a Changing World*. NY, Oxford: Oxford University Press.

Bobadilla J. L., Ch. A. Costello, and F. Mitchell (Eds.). 1997. *Premature Death in New Independent States*. Washington DC: National Academy Press.

Bruun K., L. Pan, and I. Rexed. 1975. *The Gentlemen's Club: International Control of Drugs and Alcohol*. Chicago: Chicago University Press.

Chisholm D., J. Rehm, M. van Ommeren, and M. Monteiro. 2004. Reducing the Global Burden of Hazardous Alcohol Use: a Comparative Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Studies on Alcohol* 65: 782-793.

Dillon P. 2003. *Gin: The Much-Lamented Death of Madam Geneva*. Boston: Justin, Charles & Co.

EU 2006. Directive 2006/123/EC of the European Parliament and of the Council of 12 December 2006 on Services on the Internal Market (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/oj/2006/l_376/l_37620061227en00360068.pdf).

Freyssinet-Dominjon J., and A.-C. Wagner. 2003. *L'alcool en fête: manières de boire de la nouvelle jeunesse étudiante.* Paris: l'Harmattan.

Grieshaber-Otto J., and N. Schacter. 2002. GATS: Impacts of the International "Services" Treaty on Health-Based Alcohol Regulation. *Nordic Studies of Alcohol and Drugs* 19 (English supplement): 50–68.

Hauge R. 1978. *Alcohol Policy in Norway: A Historical Outline.* Oslo: National Institute for Alcohol Research (SIFA).

Hemström Ö. 2001. Per Capita Alcohol Consumption and Ischaemic Heart Disease Mortality. *Addiction* 96 (Suppl. 1): 93–112.

Herlihy P. 2001. *The Alcoholic Empire: Vodka and Politics in Late Imperial Russia.* Oxford, *etc.*: Oxford University Press.

Holley D. 2004. Snowy Tent City Holds Soul of Ukraine Protest. *Los Angeles Times* November, 28 (http://www.latimes.com/news/nationworld/world/la-fg-ukraine28nov28,0,194708.story?coll =la-home-headlines).

Jernigan D. H., M. Monteiro, R. Room, and S. Saxena. 2000. Towards a Global Alcohol Policy: Alcohol, Public Health and the Role of WHO. *Bulletin of the World Health Organization* 78: 491–499.

Karlsson T., and E. Österberg. 2001. A Scale of Formal Alcohol Control Policy in 15 European Countries. *Nordic Studies of Alcohol and Drugs* 18 (English supplement): 117–131.

Leifman H. 2001. Homogenization in Alcohol Consumption in the European Union. *Nordic Studies of Alcohol and Drugs* 18 (English supplement): 15–30.

Leifman H. 2002. A Comparative Analysis of Drinking Patterns in Six EU Countries in the Year 2000. *Contemporary Drug Problems* 29: 501–548.

Levy A., and C. Scott-Clark. 2004. Under the Influence. *Guardian* London, November, 20.
(http://www.guardian.co.uk/weekend /story/0,,1354076,00.html).

Mäkelä K., E. Österberg, and P. Sulkunen. 1981. Drinking in Finland: increasing Availability in a Monopoly State. *Alcohol, Society, and the State: 2. The Social History of Control Policy in Seven Countries* / Ed. E. Single, P. Morgan, and J. de Lint. Toronto: Addiction Research Foundation. P. 31–60.

Moore M. H., and D. R. Gerstein, eds. 1981. *Alcohol and Public Policy: Beyond the Shadow of Prohibition*. Washington, DC: National Academy Press.

Moskalewicz J. 1985. Monopolization of the Alcohol Arena by the State. *Contemporary Drug Problems* 12: 117–128.

Moskalewicz J. 1993. Lessons to Be Learnt from Poland's Attempt at Moderating its Consumption of Alcohol. *Addiction* 88 (Supplement): 135S-142S.

Moskalewicz J. 2000. Alcohol in the Countries in Transition: Polish Experience and the Wider Context. *Contemporary Drug Problems* 27: 561–592.

Olsson B. 1990. Alkoholpolitik och alkoholens fenomenologi: uppfattningar som artikulerats i pressen. *Alkoholpolitik – Tidskrift fцr nordisk alkoholforskning* 7: 184–194.

Pomerleau J., A. Gilmore, M. McKee, R. Rose, and D. Balabanova. 2003. *Comparative Analysis of the Impact of Tobacco and Alcohol Consumption in Eight Countries of the Former Soviet Union*. Work Package # 32. Vienna, Austria: Institute for Advanced Studies, Living Conditions Lifestyles and Health Project.

Prestwich P. E. 1988. *Drink and the Politics of Social Reform: Antialcoholism in France since 1870*. Palo Alto, California: Society for the Promotion of Science and Scholarship.

Rehm J. 2005. *Volume of Alcohol Consumption, Patterns of Drinking and Burden of Disease in the European Region – Implications for Alcohol Policy*. Prepared for a WHO-Euro meeting on Alcohol Policy in the WHO European Region, Stora Brännbo, Sweden, 13-15 April.

Rehm J., R. Room, M. Monteiro, G. Gmel, K. Graham, N. Rehn, C. T. Sempos, U. Frick, and D. Jernigan. 2004. Alcohol. *Comparative Quantification of Health Risks. Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors:* Vol. 1 / Ed. by M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers, and C. J. L. Murray. Geneva: World Health Organization. P. 959–1108.

Room R. 1992. The Impossible Dream? Routes to Reducing Alcohol Problems in a Temperance Culture. *Journal of Substance Abuse* 4: 91–106 (http://www.bks.no/imposs.pdf).

Room R. 2001*a*. Intoxication and bad Behaviour: Understanding Cultural Differences in the Link. *Social Science and Medicine* 53: 189–198.

Room R. 2001*b*. New Findings. Alcohol Epidemiology. *Alcohol in the European Region – Consumption, Harm and Policies* / Ed. by N. Rehm, R. Room, and G. Edwards). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. P. 35–42 (http://www.bks.no/new-find.pdf).

Room R., ed. 2002. *The Effects of Nordic Alcohol Policies: What Happens to Drinking When Alcohol Controls Change?* Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Publication 42. Helsinki: NAD (http://www.nad.fi/pdf/NAD_42.pdf).

Room R. 2004. Drinking and Coming of Age in a Cross-Cultural Perspective. *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility* / Ed. by R. J. Bonnie and M. E. O'Connor. Washington, DC: National Academy Press. P. 654–677.

Room R. 2006. International Control of Alcohol: Alternative Paths Forward. *Drug and Alcohol Review* 25: 581–595.

Room R., D. Jernigan, B. Carlini-Marlatt, O. Gureje, K. Mäkelä, M. Marshall, M. E. Medina-Mora, M. Monteiro, C. Parry, J. Partanen, L. Riley, and S. Saxena. 2002. *Alcohol and Developing Societies: A Public Health Approach*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Room R., and K. Mäkelä. 2000. Typologies of the Cultural Position of Drinking. *Journal of Studies on Alcohol* 61: 475–483.

Room R. J. Rehm, R. T. Trotter, A. Paglia, and T. B. Üstün. 2001. Cross-Cultural Views on Stigma, Valuation, Parity and Societal Attitudes towards

Disability. *Disability and Culture: Universalism and Diversity* / Ed. by T. B. Üstün. Seattle: Hofgrebe & Huber. P. 247–291.

Room R., and P. West. 1998. Alcohol and the U.S.-Canada Border: Trade Disputes and Border Traffic Problems. *Journal of Public Health Policy* 19: 81–100.

Simpura J. 1998. Mediterranean Mysteries: Mechanisms of Declining Alcohol Consumption. *Addiction* 93: 1301–1304.

Simpura J. 2001. Trends in Alcohol Consumption and Drinking Patterns: Sociological and Economic Explanations and Alcohol Policies. *Nordisk alcohol- & narkotikatidskrift* 18 (English supplement): 3–13.

Sulkunen P. 1982. Economic Integration and the Availability of Alcohol: The Case of the European Economic Community. *Contemporary Drug Problems* 10: 75–102.

Sulkunen P., C. Sutton, C. Tigerstedt, and K. Warpenius, eds.. 2000. *Broken Spirits: Power and Ideas in Nordic Alcohol Control*. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Tigerstedt C. 2000. Discipline and Public Health. *Broken Spirits: Power and Ideas in Nordic Alcohol Control* / Ed. by P. Sulkunen, C. Sutton, C. Tigerstedt, and K. Warpenius. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research. P. 93–112.

Tyrrell I. R. 1994. Prohibition, American Cultural Expansion, and the New Hegemony in the 1920s: an Interpretation. *Histoire sociale / Social History* 27: 413–445.

White S. 1996. *Russia Goes Dry: Alcohol, State and Society*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

WHO 2004. *Global Status Report: Alcohol Policy*. Женева: ВОЗ, Департамент психического здоровья и злоупотребления алкоголем.

Какие механизмы борьбы с алкоголем являются наиболее эффективными и экономически целесообразными?

Эса Остерберг

Аннотация

Эта статья основана на Сводном докладе Сети фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ), посвященном вопросу о наиболее действенных и экономически эффективных мерах контроля потребления алкоголя. Данные научных исследований показывают, что наиболее эффективный подход заключается в осуществлении комбинации следующих мер: повышение цен на алкогольную продукцию; уменьшение доступности алкоголя; меры, направленные против управления транспортными средствами в состоянии опьянения и против употребления спиртных напитков несовершеннолетними. Доклад содержит обзор фактических данных о действенных и экономически эффективных мерах контроля потребления алкоголя и приводит рекомендации по формированию политики.

Данный доклад – это ответ СФДЗ на вопрос, поступивший от разработчика политики. Он отражает в суммированном виде наиболее важные из имеющихся фактических данных, включая краткую сводку результатов научных исследований и возможные варианты построения политики по данному вопросу.

СФДЗ – это инициированная и координируемая Европейским региональным бюро ВОЗ информационная служба для лиц, ответственных за принятие решений в системах общественного здравоохранения стран Европейского региона ВОЗ. Информация, предоставляемая СФДЗ, может быть полезна и для других заинтересованных сторон.

Введение

Алкоголь оказывает крайне неблагоприятное физиологическое, психологическое и социальное воздействие, как на отдельного человека, так и на семью и на сообщество в целом (WHO 1995). Алкоголь вызывает опьяняющий эффект и развитие зависимости. В Европейских странах алкоголь – наиболее употребляемое опья-

няющее средство (Simpura and Karlsson 2001). Многочисленные проблемы, связанные с алкоголем, вызывают растущий интерес к вопросу о мерах контроля его потребления.

Продажа и потребление алкогольных напитков разрешены законом во всех европейских странах. Однако количество потребляемого алкоголя, характерный ассортимент напитков и традиции их употребления в разных странах весьма различны (Simpura and Karlsson 2001; Rehn , Room, and Edwards 2001; PGD 2002; Hibell *et al.* 2000). Например, в Исландии и Норвегии, в прошлом отличавшихся преимущественным употреблением крепких алкогольных напитков, ежегодные суммарные уровни потребления алкоголя (зарегистрированного и незарегистрированного) не превышают шести литров (из расчета 100%-ного этилового спирта) на душу населения. Соответствующие показатели для предпочитающих вина Франции и Португалии или для Чешской республики, Германии и Ирландии, где в основном употребляют пиво, превышают 11 литров чистого спирта на душу населения (PGD 2002; Leifman 2002). В Румынии среднедушевое потребление алкоголя также превышает 11 литров, почти на половину – в форме крепких спиртных напитков, полученных путем перегонки.

Потребительская ценность алкогольных напитков обусловлена многочисленными факторами. Для многих европейцев употребление алкоголя не носит регулярного характера и главным образом связано с праздничными событиями, однако в ряде стран спиртные напитки – это важная составная часть ежедневного меню либо неотъемлемый элемент социального общения. Алкогольные напитки употребляются в Европе, главным образом, как дополнение к пище, для утоления жажды, как инструмент социального общения, средство проявления гостеприимства, а также с целью достижения состояния опьянения (Simpura and Karlsson 2001; Österberg and Karlsson 2002). В отдаленном прошлом напитки, содержащие алкоголь, часто использовались в качестве лекарственных средств. На сегодняшний день известно, что регулярное употребление алкоголя в небольших и умеренных дозах имеет профилактический эффект по отношению к заболеваниям сердца (Babor *et al.* 2003). Иными словами, употребление алкогольных напитков влечет за собой как благоприятные, так и губительные ближайшие и отдаленные последствия в индивидуальном плане и на уровне семьи и сообщества.

Источники данного обзора

Наиболее важными источниками информации для составления данного сводного доклада послужили монография Г. Эдвардса и его коллег *Alcohol Policy and the Public Good* («Алкогольная политика и общественное благо»), изданная в 1994 г. (Edwards G. *et al.* 1994) и впоследствии переведенная на восемь языков[1], а также материалы по ее обновлению; дополненное издание монографии *Alcohol: No Ordinary Commodity; Research and Public Policy* («Алкоголь – особый товар; исследования и общественная политика»), написанной в сотрудничестве со Всемирной организацией здравоохранения (Babor *et al.* 2003). Был также осуществлен поиск соответствующих систематических обзоров и статей в следующих базах данных: Библиотека Кокрейна (*Cochrane Library*); *Econlit*[2]; Научная база данных по алкоголю и алкогольным проблемам (*ETOH*), поддерживаемая Национальным институтом по злоупотреблению алкоголем и алкоголизму (*NIAA*[3]).

Существо вопроса

С употреблением алкоголя связан ряд соматических нарушений, таких как цирроз печени, некоторые виды злокачественных новообразований, артериальная гипертензия, инсульт и врожденные аномалии развития. Сильная степень опьянения влечет за собой другие проблемы, например, проявление насилия или смерть от несчастного случая. Кроме того, употребление алкоголя увеличивает риск возникновения многих видов проблем в семье, на работе и в обществе, в том числе финансовые затруднения, невыходы на работу, низкая производительность труда и криминальное поведение (Babor *et al.* 2003). По оценочным данным, употребление алкоголя обусловливает около 10% суммарного бремени болезней в Европе (Ezzati *et al.* 2002).

Общий количественный уровень и характер употребления алкоголя населением влияют на распространенность алкогольных про-

---

[1] Издана по-русски в 1998 г. Подробнее – см. http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20010910_13?language=Russian.

[2] Электронная библиографическая База данных Американской экономической ассоциации, содержащая информацию по мировой научной литературе в сфере экономики. Подробнее – см. http://www.econlit.org/.

[3] *NIAA – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* – один из научно-исследовательских институтов в системе Департамента здравоохранения и социальных служб США. Подробнее – см. http://etoh.niaaa.nih.gov/.

блем. Нельзя, однако, упускать из виду, что цифры среднедушевого потребления скрывают имеющийся значительный разброс в индивидуальных уровнях и характере употребления алкоголя. Так, например, среди населения всегда есть люди, которые вообще не употребляют алкоголь; бóльшая часть остального населения состоит из лиц, употребляющих алкоголь в малых или умеренных количествах; весьма же значительная доля от общего потребляемого объема алкоголя приходится на людей, принимающих спиртные напитки регулярно и в больших количествах, хотя они и составляют меньшинство населения. Неблагоприятные последствия от употребления алкоголя носят диффузный характер и влекут значительный материальный ущерб, при этом они распространяются не только на относительно небольшую и легко определяемую группу населения, состоящую из алкоголиков и лиц со значительным уровнем или проблемным характером употребления спиртных напитков (Rehn, Room, and Edwards 2001; Babor *et al.* 2003; Edwards *et al.* 1994). Многие люди, употребляющие алкоголь в умеренных дозах или только в редких случаях, также могут быть подвержены алкогольным проблемам, особенно если спиртные напитки принимаются с целью достичь состояния опьянения. Тем не менее, очевидно, что большинство потребителей алкоголя рассматривают прием спиртных напитков как нечто, приносящее им пользу, поскольку они готовы тратить часть своих, порой скудных ресурсов на их приобретение. В той же мере, в какой различаются модели и традиции употребления алкоголя в разных общественных группах, варьируют также частота и характер связанных с алкоголем благоприятных и негативных эффектов (Rehn, Room, and Edwards 2001; Babor *et al.* 2003; Norström 2002).

Результаты научных исследований и другие фактические данные

Политика в области борьбы с алкоголем

Формальный контроль над потреблением алкоголя, то есть комплекс авторитарных мер (включая законы, нормативные акты и административные правила), обеспечивающих контроль экономической или физической доступности алкоголя, имеет своей целью снижение вредного воздействия от его употребления с сохранением, по возможности, истинных и кажущихся благ, связанных с приемом спиртных напитков (Babor *et al.* 2003). Эти меры направлены на все население и отдельных лиц, употребляющих спиртные напитки, а также касаются различных учреждений и затраги-

вают систему здравоохранения. Неформальный контроль над потреблением алкоголя осуществляется в форме социальных норм и традиций. Во многих странах такой неформальный контроль является более действенным, чем применяемые официальные меры (Österberg and Karlsson 2002).

Во всех европейских странах в той или иной мере существуют правовые регуляции, касающиеся производства и продажи спиртных напитков (Österberg and Karlsson 2002; Harkin, Andersson, and Lehto 1995). Они преследуют различные цели. В одних странах законодательные усилия направлены на соблюдение интересов общественного здравоохранения или социальной политики либо на устранение возможности личной наживы в этой сфере. Так, например, соображения охраны здоровья граждан и социальной политики вкупе с устранением возможности личной прибыли в течение многих десятилетий составляли основу стратегии контроля алкоголя в странах Северной Европы. В странах Средиземноморья, напротив, данные мотивы представляются не настолько важными, и контрольные меры направлены на повышение качества алкогольных напитков, соблюдение экспортных гарантий, обеспечение приемлемого уровня жизни для фермеров, выращивающих виноград, и виноделов, а также на бесперебойное снабжение потребителей винами по доступным ценам (Österberg and Karlsson 2002). Во всех европейских странах продажа алкоголя облагается налогом, что составляет статью государственного дохода. Европа является важным производителем алкогольных напитков, поэтому частные экономические интересы в сфере производства и торговли оказывают несомненное влияние на масштаб и диапазон мер проводимой политики по контролю над алкоголем.

Меры, направленные на снижение масштаба проблем, связанных с алкоголем, включают высокое налогообложение, установление возрастного ценза на покупку спиртных напитков или лимитированного доступа к ним. Среди прочих мер можно указать на мероприятия, направленные на предотвращение управления транспортными средствами в состоянии опьянения, влияние на существующие условия (контекст) распития спиртных напитков, такие меры, как просвещение и агитация, контроль за рекламой алкоголя, а также ранние вмешательства или проведение лечения по отношению к лицам с проблемным характером употребления спиртных напитков и хроническим алкоголикам (Babor *et al.* 2003).

Цены на алкоголь

Эффекты, обусловленные изменением цен на алкоголь, детально изучены, главным образом эконометрическими методами. Проводились также панельные, описательные и аналитические исследования, посвященные вопросам алкогольного ценообразования (Babor *et al.* 2003; Bruun *et al.* 1975; Österberg 1995; Chaloupka, Grossman, and Saffer 2002). Результаты подавляющего большинства эконометрических исследований свидетельствуют о том, что повышение цен на спиртные напитки ведет к падению уровня потребления алкоголя, а понижение цен – к его росту. Эта зависимость была продемонстрирована как по отношению к общему уровню потребления алкоголя, так и к потреблению различных категорий напитков (Babor *et al.* 2003; Österberg 1995; Chaloupka, Grossman, and Saffer 2002). Из этого можно заключить, что по своему рыночному поведению спиртные напитки в целом сходны с большинством других потребительских товаров.

В исследованиях по различным регионам и хронологическим периодам были обнаружены разные уровни чувствительности спроса к ценовым изменениям в отношении общего уровня потребления и по отдельным категориям спиртных напитков (Österberg 2001). Эти колебания обусловлены социальными, культурными и экономическими условиями, преобладающими в той или иной географической местности либо в тот или иной период времени. Они также отражают разнообразие характера употребления спиртных напитков. Таким образом, не существует устойчивых реакций на изменения цены на алкоголь, которые были бы одинаковы для всех стран Европы или (для отдельно взятой страны) не менялись бы с течением времени. Так, например, потребители вин в странах Средиземноморья реагируют на изменения цен на вина не так, как жители Северной Европы, поскольку в странах Средиземноморья вино – это непременное дополнение к пище, а в странах Северной Европы – скорее предмет роскоши.

Результаты большинства эконометрических исследований обычно выявляют усредненный уровень реакции потребителей на изменение цен на алкоголь. Однако есть работы, в которых непосредственно отражено дифференциальное влияние изменений цен на поведение различных групп потребителей либо изучена зависимость между масштабом алкогольных проблем и уровнем цен на спиртные напитки (Babor *et al.* 2003). В этих работах доказано, что спрос на алкоголь среди лиц, потребляющих значительное его количество, а также среди страдающих алкогольной зависимостью, так же чувствителен к повышению цены, как и среди более

умеренных потребителей. Они также показывают, что повышение цен за счет акцизных сборов с продаж спиртных напитков в особенной степени снижает уровень потребления алкоголя среди молодежи (Babor *et al.* 2003). Влияние на цены может осуществляться также путем введения ограничений на рекламные акции (такие, например, как скидки в определенные часы работы бара - "счастливый час"), а также установления пределов скидок при оптовых продажах и минимально допустимых ценовых уровней.

Поскольку все алкогольные напитки содержат этиловый спирт, напрашивается вывод о том, что они должны обладать взаимозаменяемостью. Очевидно также, что спиртные напитки могут быть замещены другими товарами или же могут сами выступать в качестве заменителей других товаров. На практике, однако, замещение одного типа напитков другим происходит лишь в достаточно ограниченной степени (Edwards *et al.* 1994). Нет четких доказательств того, что повышение налогов и цен на алкоголь прямо влияет на потребление запрещенных наркотиков. Однако, наличие в стране более высоких цен на алкоголь по сравнению с соседними странами может приводить к активизации контрабанды либо приграничной торговли. Одним из проявлений наблюдаемого в последние годы повышения степени интеграции европейской экономики явилось уменьшение ограничений на количество ввозимого алкоголя при индивидуальных поездках из одной европейской страны в другую. В связи с этим приобретает особенно большое значение приграничная торговля спиртными напитками (Österberg and Karlsson 2002).

При планировании ценовой политики в отношении алкоголя необходимо тщательно учитывать возможное влияние изменений цены на уровень потребления (как зарегистрированного, так и незарегистрированного), поскольку степень замещения алкоголя другими товарами не всегда легко прогнозировать. Подорожание вин, например, может приводить к их замещению безалкогольными напитками, к активизации домашнего виноделия, увеличению масштабов ввоза алкоголя из других стран, а также к употреблению опасных для здоровья нелегально производимых спиртных напитков. Когда цены на алкогольную продукцию сохраняют на постоянном уровне или снижают, опасаясь потенциального замещения нелегально производимыми спиртными напитками, вредоносный эффект от законным образом произведенного и продаваемого алкоголя может быть более существенным по сравнению с предполагаемой опасностью от нелегальных спиртных напитков. Результаты исследований по алкогольному ценообразованию показывают, что цена все же оказывает независимый эффект на

уровень потребления алкоголя и связанные с этим проблемы (Babor *et al.* 2003; Edwards *et al.* 1994). Потребление алкоголя населением в целом зависит от цен, и по всей видимости имеется также связь между ценами и масштабом проблем, связанных с алкоголем. Повышение налогов на алкоголь, особенно в странах с исходно низкими ставками алкогольного налогообложения, практически неизменно влечет за собой повышение объема налоговых поступлений в государственный бюджет. Во всех странах снижение масштаба алкогольных проблем приводит к уменьшению расходов на возмещение ущерба, связанного с алкоголем, и высвобождает ресурсы для качественного и количественного развития услуг для населения.

Доступность алкоголя

Существует целый ряд методов ограничения доступности спиртным напиткам. Тотальный запрет на алкоголь практиковался в некоторых индустриально развитых Западных странах в первой половине 20-го века и существует в настоящее время во многих мусульманских странах. В ряде стран существует практика объявления коротких периодов запрета – например, на один день во время общественных праздников, национальных выборов, проведения ярмарок или ответственных футбольных матчей. Ограничения, касающиеся часов и дней торговли алкоголем, значительно варьируют по странам; в одних странах существуют весьма детальные и разветвленные регуляции, в то время как в ряде других – вообще не существует ограничений относительно часов в течение дня, когда разрешена продажа алкоголя. Могут также вводиться ограничения, касающиеся локализации торговых точек по продаже спиртных напитков. Например, может быть запрещено размещать торговые точки по продаже алкоголя вблизи школ, детских садов, церквей, вдоль автомобильных магистралей. Может быть установлен запрет на включение спиртных напитков в ассортимент товаров в торговых точках, находящихся в определенных местах, таких как больницы, автозаправочные станции или столовые на предприятиях. Кроме того могут накладываться ограничения на число торговых точек из расчета на определенное количество населения. В некоторых странах запрещено продавать алкоголь в киосках или через торговые автоматы. Во многих странах организации и отдельные лица, имеющие отношение к спиртным напиткам на любом уровне – от производства до розничной торговли, должны иметь особую лицензию или пройти курс специального обучения (Österberg and Karlsson 2002).

В законодательстве большинства стран оговорен возраст, с наступлением которого официально разрешено приобретать и употреблять спиртные напитки. Возрастной ценз может быть различным в зависимости от крепости напитков либо от места их употребления – в заведении или при продаже на вынос. В ряде стран запрещена продажа спиртных напитков лицам, находящимся в нетрезвом состоянии. Существуют также системы нормированной продажи алкоголя, а также законы, регулирующие количество алкоголя, которое можно приобрести за один раз, запрещающие продажу алкоголя в кредит, запрещающие подавать спиртные напитки мужчинам и женщинам, вместе находящимся в одном и том же заведении, либо предписывающие подавать спиртные напитки только вместе с едой (Österberg and Karlsson 2002).

Далеко не все предпринимавшиеся меры подвергались оценке, отчасти потому что эти меры вводились в странах, не заинтересованных в их эффекте, отчасти в связи с трудностями в оценке эффектов. В некоторых случаях оценка мероприятий по контролю над алкоголем была проведена, но речь идет о настолько старых данных, что ими уже нельзя оперировать в рамках современных дискуссий по алкогольной политике в Европе. Это, например, относится к исследованиям последствий сухого закона в период между двумя мировыми войнами или к практике индивидуального рационирования спиртных напитков по типу карточной системы Братта в Швеции, которая была отменена в 1955 г.

Частичная отмена монополии на розничную торговлю

Частичная отмена монополии на розничную продажу спиртных напитков на вынос изучалась во многих странах. В странах Северной Европы эти исследования касались введения практики продажи в обычных продуктовых торговых точках так называемого «пива средней крепости», ранее продававшегося только в монопольных винных магазинах. Аналогичным случаем является отмена запрета на продажу пива в Исландии в 1989 г. В Финляндии продажа пива средней крепости в обычных продуктовых магазинах разрешена с 1969 г. Этот год был отмечен повышением общего уровня потребления алкоголя на 46% – исключительно за счет роста потребления пива средней крепости (Mäkelä, Österberg, and Sulkunen 1981; Mäkelä, Tryggvesson, and Rossow 2002). Запрет на продажу пива средней крепости в продуктовых магазинах, введенный в Швеции в 1977 г. лимитировал доступ к этому напитку. То же самое произошло в Норвегии в 1993 г. вследствие прекращения продажи крепких сортов пива в продуктовых магазинах. В обоих случаях

возврат пива средней или высокой крепости в систему монополии розничной торговли спиртными напитками привел к снижению уровней потребления как пива, так и алкоголя в целом (Edwards *et al.* 1994). Было просчитано, что в Швеции в течение периода, когда пиво средней крепости свободно продавалось в продуктовых магазинах, общий уровень потребления алкоголя был на 15% выше, чем в том случае, если бы это не было разрешено (Noval and Nilsson 1984).

Было показано, что уровень продажи вина – напитка, приобретающего все бóльшую популярность в странах, не имеющих своего виноделия, – чувствительно реагирует на состояние доступа к покупке вин в системе розничной торговли. Уровень потребления вин, так же как и общий уровень потребления алкоголя, повысился после отмены монополии на розничную торговлю винами. Источником таких данных являются, главным образом, США, Канада и Новая Зеландия, где государственная монополия на торговлю винами, в том числе креплеными, была отменена на всей территории, за исключением отдельных штатов (Wagenaar and Holder 1995; Her *et al.* 1999). Таким образом, данные исследований убедительно показывают, что системы монополии на торговлю спиртными напитками на вынос снижают уровень потребления алкоголя и уменьшают масштаб алкогольных проблем. В то же время, частичная отмена государственной монополии на розничную торговлю спиртными напитками приводит к повышению общего уровня потребления алкоголя. Приватизация торговли алкоголем приводит к росту числа торговых точек по продаже спиртных напитков, а также, как правило, к продлению часов работы торговых точек и другим формам облегчения доступа к алкоголю.

Рабочие часы, дни работы и число торговых точек

Введение ограничений, касающихся дней работы и рабочих часов торговых точек по продаже спиртных напитков, является часто употребляемой мерой алкогольного контроля (Babor *et al.* 2003; Edwards *et al.* 1994). Результаты большинства исследований демонстрируют увеличение потребления алкоголя или повышение выраженности связанных с ним неблагоприятных последствий при продлении рабочих часов торговых точек и, напротив, снижение потребления алкоголя при их сокращении (Babor *et al.* 2003; Edwards *et al.* 1994). В ряде стран вводились ограничения на количество и расположение торговых точек по продаже спиртных напитков. В ранних исследованиях о плотности размещения алкогольных торговых точек, было выявлено, что этот фактор мало

влияет на уровень потребления алкоголя. Однако в недавних работах, проводившихся с использованием многомерной эконометрической методики, включающей перекрестно-групповой анализ, продемонстрировано, что фактор географической плотности торговых точек все же оказывает влияние на объем продаж алкоголя (Babor *et al.* 2003; Edwards *et al.* 1994).

Возрастной ценз в отношении употребления алкоголя

Наличие возрастного ценза служит препятствием для доступа молодежи к спиртным напиткам. Планка возрастных ограничений в одних случаях может быть установлена весьма низко, в других – ограничения распространяются на более старший возраст, однако соблюдаются недостаточно строго (Österberg and Karlsson 2002). Среди индустриально развитых стран наиболее высокий возрастной ценз, 21 год, установлен в США, на всей территории страны (Edwards *et al.* 1994). Эти меры, так же как и аналогичные изменения, произошедшие в Канаде и Австралии, позволили провести ряд исследований эффектов возрастного ценза. Результаты этих исследований показали, что более низкий возрастной ценз ассоциировался с большей частотой дорожно-транспортных происшествий в связи с употреблением спиртных напитков в соответствующих возрастных группах. В то же время установление более высокого возрастного ценза приводило к снижению частоты таких аварий (Babor *et al.* 2003; Wagenaar and Toomey 2000; Grube and Nygaard 2001).

Возможность обобщения фактических данных по доступу к алкоголю

Результаты проведенных исследований в целом показали, что когда меньше алкоголя имеется в продаже и его приобретение связано с неудобствами и препятствиями, уровень потребления и сопутствующих проблем снижается. Поскольку эти выводы подтверждены для ряда различных стран, можно заключить, что они не несут культуральной специфики. Следует, однако, иметь в виду, что эффективность любой из подобных стратегий обусловлена множеством взаимозависимых факторов, включая прежде всего общественную поддержку и соблюдение установленных правил. Без достаточной поддержки со стороны общества строгое соблюдение каких-либо ограничений представляется мало реальным.

Эпидемиологические исследования эффектов, обусловленных изменением условий доступа к алкоголю, часто приводят только агрегированные результаты. Однако имеются данные о его изолированном эффекте на потребителей больших количеств

рованном эффекте на потребителей больших количеств алкоголя. Так, например, исследования последствий забастовок в сфере торговли спиртными напитками, показали, что частота нарушений общественного порядка, преступлений, случаев насилия, а также случаев госпитализации, связанной с алкоголем, снижается в период забастовки в гораздо большей степени, чем общий уровень потребления алкоголя (Österberg and Säilä 1991). Можно заключить, что самые различные меры внешнего воздействия могут оказывать влияние на поведение потребителей больших количеств алкоголя и «проблемных» потребителей. В той или иной форме этот вывод подтвержден результатами многочисленных исследований (Babor *et al.* 2003).

Меры против вождения в состоянии опьянения

На существующую связь между потреблением алкоголя и безопасностью дорожного движения можно повлиять путем применения стратегий, направленных на изменение поведения потребителей алкоголя в конкретных условиях. Европейская хартия по алкоголю следующим образом обозначает одну из таких стратегий: «Принятие и обеспечение выполнения законов, направленных на эффективное недопущение вождения в состоянии опьянения» (Rehn, Room, and Edwards 2001).[4] В более общем плане аналогичные принципы минимизации вреда могут также относиться к средствам водного и авиационного транспорта, а также к распитию спиртных напитков на улице.

Алкоголь влияет на двигательные функции, чувство равновесия, остроту зрения и мыслительные процессы. Степень вызываемых алкоголем нарушений может быть различной, особенно при низком содержании алкоголя в крови (САК). С помощью лабораторных тестов было неоднократно продемонстрировано, что у большинства людей при повышении САК удлиняется время реакции и ухудшаются показатели решения тестовых задач. Влияние оказывает даже эквивалент единичной дозы спиртного, и выраженность наступающих эффектов растет по мере увеличения содержания алкоголя в крови.

В подавляющем большинстве европейских стран установлен максимально допустимый уровень САК для водителей автомототранспорта, предполагающий, что при превышении данного порога состояние водителя создает опасность, даже если несчастного случая не происходит. Установленные пороговые значения всегда основаны на объективных данных относительно риска нарушения

[4] http://www.euro.who.int/document/e57528r.pdf.

функций при различных уровнях содержания алкоголя в крови, но они также неизбежно отражают и компромисс между понятным желанием не создавать излишних неудобств для населения, с одной стороны, и соображениями общественной безопасности – с другой. Предельно допустимое значение САК в разных странах Европы колеблется от нуля до 0,08%, в большинстве случаев – это 0,05% (Rehn, Room, and Edwards 2001). В некоторых европейских странах применяются два официально установленных пороговых значения – одно как критерий вождения просто в состоянии опьянения, при выявлении второго – состояние водителя квалифицируется как «тяжелое опьянение». Как показывают результаты исследований, увеличилась доля дорожно-транспортных происшествий, связанных с употреблением алкоголя, а также повысился уровень осознания обществом данной проблемы; страны, где ранее не был официально установлен предельно допустимый уровень САК, в настоящее время начали его вводить, а страны, уже пользующиеся этим нормативом, снижают его порог (Rehn, Room, and Edwards 2001; Österberg and Karlsson 2002).

Повышенному риску подвергаются во время вождения молодые потребители спиртного вследствие своей неопытности как в управлении транспортным средством, так и в употреблении алкоголя. В некоторых странах это представляет собой особую проблему. Одной из логически напрашивающихся мер, следовательно, является установление сниженных предельно допустимых уровней САК для водителей молодого возраста, что иногда обозначается терминами «нулевая толерантность», или «абсолютная нетерпимость» (Rehn, Room, and Edwards 2001). Источником исследований по анализу эффектов этого принципа абсолютной нетерпимости является США. результаты показывают, что применение этого принципа привело к снижению частоты аварий одиночных транспортных средств в ночное время со смертельным исходом, других типов аварий и травматизма, а также частоты превышения уровня САК среди молодых водителей (Babor *et al.* 2003).

Проблема употребления алкоголя профессиональными водителями также вызывает особую озабоченность во многих индустриально развитых странах. Этой категории водителей рекомендуется в период работы вообще не употреблять алкоголь или ограничиваться крайне незначительными дозами. В США, например, допустимый уровень САК для профессиональных водителей грузового транспорта ниже, чем для непрофессионалов. Подобные регуляции также имеют место в ряде европейских стран (Österberg and Karlsson 2002).

Основной стимул, используемый для предотвращения употребления алкоголя в рискованной ситуации, – страх наказания. Если потребитель спиртного знает, что при управлении транспортным средством в нетрезвом виде он может с высокой вероятностью быть пойман и незамедлительно наказан, то в таком случае он, возможно, постарается не садиться за руль (Edwards *et al.* 1994). В настоящее время имеются убедительные фактические данные из ряда стран, свидетельствующие об успешности политики общего сдерживания – то есть, когда людей, не подвергавшихся санкциям, стараются удержать от совершения правонарушений. Наиболее эффективной мерой является повсеместное проведение силами полиции частых и хорошо заметных проверок на дорогах, при которых водителей выборочно останавливают и предлагают пройти тест на содержание алкоголя в выдыхаемом воздухе (Babor *et al.* 2003).

Степень опасения быть пойманным зависит не только от числа привлеченных сотрудников полиции, но и от применяемой ими технологии. Определение САК с помощью портативного анализатора выдыхаемого воздуха рассматривается как эффективный метод выявления водителей, находящихся под воздействием алкоголя. Если полиция полагается лишь на внешние признаки опьянения, такие как смазанная речь, блеск глаз или запах алкоголя, выявление нетрезвых водителей происходит с меньшей надежностью и поэтому функция сдерживания осуществляется не так эффективно (Babor *et al.* 2003).

Другим важным аспектом стратегии сдерживания является тяжесть наказания. Во многих странах на протяжении последних 20 лет наказание за вождение в состоянии опьянения стало более суровым, повысилась также степень неминуемости этого наказания. Нет достоверных доказательств того, что лишение свободы в качестве наказания за вождение в нетрезвом в виде способствует снижению частоты повторных подобных правонарушений. В некоторых работах, однако, был продемонстрирован сдерживающий эффект неизбежного краткосрочного лишения свободы в качестве наказания за выявленное в первый раз вождение в состоянии опьянения (Edwards *et al.* 1994). в целом было показано, что наиболее эффективным методом наказания является лишение водительского удостоверения (Babor *et al.* 2003).

Борьба с вождением в состоянии опьянения принесла более или менее успешные плоды во многих странах. Законы, направленные против вождения в состоянии опьянения, при их строгом соблюдении – это высокоэффективный механизм общественного здравоохранения, обеспечивающий профилактику травматизма и

снижение смертности. Однако эти достижения развивались постепенно, при постоянной поддержке и в соответствии с рекомендациями научных исследований. Имеющийся в настоящее время подход к проблеме может существовать лишь при общественной поддержке и осознании потенциальными правонарушителями риска быть пойманными и возможно даже арестованными. На основании опыта борьбы с вождением в состоянии опьянения можно также сделать вывод, что наряду со всеобъемлющими стратегиями, такими как общее уменьшение доступа к алкоголю, специфические вмешательства, направленные на конкретные разновидности алкогольных проблем, также могут приносить благоприятные результаты.

Меры, направленные на регулирование деятельности заведений, занимающихся распивочной продажей алкоголя – питейных заведений

Разрабатывается и применяется все больше мер, непосредственно направленных на условия потребления спиртных напитков. Поскольку этот подход является относительно новым, многие из проводимых в настоящее время мероприятий еще не были в должной мере оценены. Однако уже известно, что проведение программ обучения персонала баров привело к некоторому снижению уровня рискованного употребления спиртных напитков и проблем, обусловленных алкоголем. Усиление контроля над деятельностью питейных заведений способствовало сокращению продаж алкоголя несовершеннолетним. Повышение безопасности лицензированных заведений вело к с снижению степени опьянения их посетителей и, в целом, уровня соответствующих алкогольных проблем (Babor *et al.* 2003). Таким образом, можно предполагать, что развиваемые в этом направлении стратегии смогут оказать определенный эффект без чрезмерных финансовых вложений.

Для повышения уровня осознания населением важности проблем, связанных с питейными заведениями, можно привлекать общественность. По оценочным данным, это может способствовать снижению уровня агрессивного поведения и других проблем, связанных с употреблением алкоголя в питейных заведениях. Преимущественная применимость данных стратегий лишь для условий питейных заведений в определенной степени снижает их значимость в общественном здравоохранении, поскольку в большинстве европейских стран на питейные заведения приходится только небольшая доля от общего потребления алкоголя (Simpura and Karlsson 2001). Однако в отношении определенных видов проблем, та-

ких как ночные уличные драки, связанные с употреблением алкоголя, или управление транспортом в состоянии опьянения, абсолютный уровень потребления алкоголя в питейных заведениях имеет большее значение, чем его доля в общем объеме потребляемого алкоголя. С другой стороны, существует мнение, что употребление спиртных напитков в заведениях происходит под бо́льшим контролем, чем когда алкоголь приобретают на вынос.

Просвещение, агитация и пропаганда по вопросам, связанным с алкоголем

Одними из наиболее популярных подходов к профилактике проблем, связанных с алкоголем, являются просвещение и агитация. Они направлены на решение многочисленных задач, таких как повышение уровня знаний о различных видах алкогольного риска, снижение, по мере возможности, уровня риска путем влияния на характер употребления спиртных напитков, поддержка проводимой политики по контролю над употреблением алкоголя. Просвещение и агитация включают официальные сообщения и антирекламу, этикетки с предупреждающими надписями, рекомендации по методам индивидуального снижения количества потребляемого алкоголя, программы антиалкогольного просвещения для школ и высших учебных заведений.

Число информационных и образовательных программ растет, однако многие из них еще не достаточно тщательно оценены, и, по всей вероятности, оказывают лишь незначительный эффект на уровень потребления алкоголя и масштаб алкогольных проблем. Антиалкогольное просвещение связано с относительно высокими расходами (с учетом стоимости подготовки кадров и проведения полнообъемной образовательной программы). С точки зрения государства в определенных случаях, когда оплата труда преподавателей осуществляется из местных ресурсов или когда образовательная программа рассматривается как дополнительная статья расхода в уже существующем плане финансирования, стоимость может оцениваться как низкая. Широта охвата и возможности осуществления образовательных программ могут быть хорошими, однако они не оказывают значительного воздействия на население и, по-видимому, не являются экономически эффективными (Babor *et al.* 2003).

В течение последних десятилетий резко увеличился размах алкогольной рекламы и другие формы рыночного продвижения алкогольной продукции. Современная алкогольная реклама обильно финансируется, характеризуется изобретательностью и распро-

странена повсеместно. Она старается привлечь новые поколения в ряды потребителей алкоголя, пропагандирует благосклонное отношение к спиртным напиткам и образ жизни, характеризующийся потреблением больших количеств алкоголя. Осуществлявшиеся попытки самоконтроля в области алкогольной рекламы и маркетинга оказались недолговечными и в целом неэффективными (Babor *et al.* 2003). Проведенные оценки эффективности ограничений рекламы алкоголя не выявили заметного снижения уровня потребления и связанного с ним ущерба. Таким образом, как и в вопросе антиалкогольного просвещения и агитации, имеется значительное несоответствие между уровнем поддержки алкогольной продукции и ее рекламы и эффективностью мер противодействия этому.

Ранняя диагностика и лечение

Помимо своей ценности в плане уменьшения страданий, лечебные вмешательства могут также рассматриваться и как форма профилактики. Критическая оценка лечебных мер до сих пор не осуществлена, несмотря на то, что это один из наиболее ранних видов реакции общества на проблемы, связанные с алкоголем. Рассматриваемые в качестве мер алкогольного контроля, стратегии раннего вмешательства и лечебные мероприятия обладают в лучшем случае среднем уровнем эффективности. На популяционном уровне их воздействие лимитировано, поскольку проведение полного курса лечения по поводу алкогольных проблем приносит пользу лишь ограниченному числу обратившихся за помощью людей. Даже краткосрочные вмешательства касаются лишь тех, кто пользуется предлагаемой помощью и кто согласен на лечение. Оказание лечебной помощи – это долг гуманного общества, однако ее эффективность по отношению к проблеме употребления алкоголя невысока (Babor *et al.* 2003).

Выводы

Данный обзор показывает, что имеется ряд действенных и экономически эффективных стратегий, направленных на снижение уровня потребления алкоголя, которые основаны на повышении цен и более жестком контроле доступа к алкогольной продукции. Кроме того, многие меры, направленные против вождения в состоянии опьянения, подкреплены данными исследований и, по всей видимости, применимы в большинстве стран, а также относительно недороги в плане внедрения и регулярного проведения. Эти контрольные меры могут применяться изолированно или в различных комбинациях. Прочие меры контроля, такие как, влия-

ние на условия употребления спиртных напитков, просвещение и агитация, контроль алкогольной рекламы и деятельности питейных заведений, обладают лишь ограниченной эффективностью.

Те или иные меры антиалкогольной политики, как правило, не проводятся в отрыве от других аналогичных мероприятий. Анализ предпринимаемых профилактических действий на местном уровне показывает, что они имеют самые высокие шансы на успех в том случае, если в них нашли отражение ранее полученные научные данные и если имеет место комплексное и систематическое осуществление различных видов вмешательств. Системные стратегии с взаимодополняющим характером компонентов, направленные на перестройку всех аспектов употребления алкоголя, с большей вероятностью приведут к успеху, чем изолированные меры. Кроме того, следует отдавать предпочтение тем профилактическим действиям, которые рассчитаны на долгосрочное внедрение, а не тем, которые действуют лишь в период проведения проекта. Для достижения максимального эффекта на популяционном уровне необходимо осуществлять полномасштабные всеобъемлющие вмешательства.

Библиография

Babor T. *et al.* 2003. *Alcohol: no ordinary commodity. Research and policy*. Oxford: Oxford University Press.

Bruun K. *et al.* 1975. *Alcohol control policies in public health perspective*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.

Chaloupka F. J., M. Grossman, and H. Saffer. 2002. The effects of price on alcohol consumption and alcohol-related problems. *Alcohol research & health* 26: 22–34.

Edwards G. *et al.* 1994. *Alcohol policy and the public good*. Oxford: Oxford University Press (Издание на русском языке: *Алкогольная политика и общественное благо* / Ред. Г. Эдвардс. Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия № 80. 1998).

Ezzati M. *et al.* 2002. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 360: 1347–1360.

Grube J. W. and P. Nygaard. 2001. Adolescent drinking and alcohol policy. *Contemporary drug problems* 28: 87–132.

Harkin A. M., P. Andersson, and J. Lehto. 1995. *Alcohol in Europe – a health perspective*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Her M. *et al.* 1999. Privatizing alcohol sales and alcohol consumption: evidence and implications. *Addiction* 94: 1125–1139.

Hibell B. *et al.* 2000. *The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Alcohol and drug use among students in 30 European countries* [The 1999 ESPAD Report]. Stockholm: CAN.

Leifman H. 2002. Trends in population drinking. *Alcohol in postwar Europe. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries* / Ed. by T. Norström, pp. 11–48. Stockholm: Almqvist & Wicksell International.

Mäkelä K., E. Österberg, and P. Sulkunen. 1981. Drinking in Finland. Increasing alcohol availability in a monopoly state. *Alcohol, society, and the state* 2: *The history of control policy in seven countries* / Ed. by E. Single, P. Morgan, and J. de Lint, pp. 31–60. Toronto: Addiction Research Foundation.

Mäkelä P., K. Tryggvesson, and I. Rossow. 2002. Who drinks more or less when policies change? The evidence from 50 years of Nordic studies. *The effects of Nordic alcohol policies: Analyses of changes in control systems* / Ed. by R. Room, pp. 17–70. Helsinki, Nordic Council for Alcohol and Drug Research.

Norström T., ed. 2002. *Alcohol in post-war Europe. Consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries.* Stockholm: Almqvist & Wicksell International.

Noval S. and T. Nilsson. 1984. Mellanölets effekt på konsumtionsnivån och tillväxten hos den totala alkoholkonsumtionen [The effects of medium beer on consumption levels and the rise in overall alcohol consumption]. *När mellanölet försvann* [When the medium beer was withdrawn] / Ed. by T. Nilsson, pp. 77–93. Universitetet i Linköping: Samhällsvetenskapliga institutionen.

Österberg E. 1995. Do alcohol prices affect consumption and related problems? *Alcohol and public policy. Evidence and issues.* / Ed. by H. Holder and G. Edwards, pp. 145–163. Oxford: Oxford University Press.

Österberg E. 2001. Pricing and Taxation. *Handbook on alcohol dependence and related problems* / Ed. by N. Heather, T. Peters, T. Stockwell, pp. 685–698. London: Wiley.

Österberg E. and T. Karlsson, eds. 2002. *Alcohol policies in EU Member States and Norway. A collection of country reports.* Helsinki: STAKES.

Österberg E., S.-L. Säilä, eds. 1991. *Natural experiments with decreased availability of alcoholic beverages. Finnish alcohol strikes in 1972 and 1985.* Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.

PGD. 2002. *World drink trends.* Henley-on-Luton: Productschap voor Gedistilleerde Dranken and World Advertising Research Centre.

Rehn N., R. Room, and G. Edwards. 2001. *Alcohol in the European Region – Consumption, harm and policies.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Simpura J. and T. Karlsson. 2001. *Trends in drinking patterns in fifteen European countries,1950 to 2000. A collection of country reports.* Helsinki: STAKES.

Wagenaar A. C. and H. D. Holder. 1995. Changes in alcohol consumption resulting from the elimination of retail wine monopolies: Results from five US states. *Journal of studies on alcohol* 56: 566–572.

Wagenaar A. C. and T. L. Toomey. 2000. Alcohol policy: gaps between legislative action and current research. *Contemporary drug problems* 27: 681–733.

WHO 1995. *Alcohol and health - Implications for public health policy.* Report of a WHO Working Group, Oslo, 9-13 October 1995.

Алкогольная политика скандинавских стран: научные основания, эмпирические исследования и перспективы

Стурла Нордлунд

Исторический контекст

Нет сомнений, что нынешняя алкогольная политика северных стран основывается на долгой истории и восходит к движениям трезвенников, или, точнее, к движениям, призывавшим к полному отказу от алкоголя, что более точно передает смысл. Движение трезвенников набрало силу в первой половине XIX века, после длительного периода, характеризовавшегося неприемлемо высоким уровнем потребления алкоголя, в основном в виде крепких напитков, сопровождавшимся серьезными проблемами во всех скандинавских странах. Движение трезвенников достигло пика в начале XX века, и это привело в некоторых из этих стран к введению сухого закона. Сухой закон действовал в Норвегии с 1917 по 1927 г., в Финляндии – с 1919 по 1932 г., а в Исландии – с 1915 по 1922 г. (пиво здесь было фактически запрещено до 1989 г.).

Примерно в то же время Дания и Швеция выбрали иные пути снижения потребления алкоголя: в Дании были сильно увеличены цены на алкоголь. Цена за литр датского аналога водки (аквавита) выросла с 0,9 до 11 крон, это увеличение более чем на 1100%! Одновременно с этим выросла цена на пиво, но «только» на 60%. Такие радикальные изменения снизили уровень потребления алкоголя на 76% за два года (с 6,7 до 1,6 литров на душу населения). Безусловно, снижение уровня в основном касалось крепких напитков, и эта новая ценовая политика полностью изменила культуру потребления алкоголя в Дании, где, крепкие напитки, которые до этого пользовались наибольшей популярностью, были вытеснены пивом. Мотивацией для этого изменения в основном была война, но, тем не менее, весомый результат в изменении алкогольной политики был достигнут (Nordlund 1985).

Швеция также была недалека от сухого закона, но вместо этого была введена система талонов, названная по имени доктора Ивана Братта. Это была достаточно жесткая система со специфическими

квотами для каждого человека, по которым он мог получать спиртное только в местных монопольных магазинах. Каждый человек старше 25 лет мог получить продовольственную книжку, в которой записывались все покупки. Замужние женщины должны были получать долю от нормы мужа, и только незамужние женщины, ведущие свой бизнес, могли иметь продовольственную книжку, но квоты для них были ниже, чем для мужчин. Тем не менее, норма для мужчин составляла 4 литра крепких напитков в месяц, и этого выглядело достаточным для нормального потребления. Система Братта, претерпев несколько изменений, действовала до 1955 г. После ее отмены потребление алкоголя сильно увеличилось, потребление одних только крепких напитков увеличилось на 25%, и в качестве контрмер потребовалось увеличение цен. Цена на крепкие спиртные напитки выросла на 30% в течение следующих двух лет (Holder *et al*. 1998).

Эти запретные меры были введены в Европе в периоды войны и понимались именно как меры военного времени. Тем не менее, меры алкогольной политики предлагались и поддерживались мощным движением трезвенников, что привело к тому, что их действие вышло далеко за рамки периода военного времени. Движение трезвенников добилось своих заметных успехов благодаря тому, что пропагандировало мнение, согласно которому алкогольные проблемы связаны с доступностью алкоголя, а не с человеческими или социальными дефектами, хотя в это время (в особенности среди психиатров и психологов) преобладала точка зрения, что проблема заключается в людях с ненормальной реакцией на алкоголь или патологической слабостью воли. Социологи и политики-социалисты, с другой стороны, считали, что алкоголизм и проблемы, вызываемые алкоголем, связаны с бедностью или другими социальными проблемами. Движение трезвенников имело глубокие корни в социалистических движениях того времени, а так же как в христианской церкви и христианских движениях. Они говорили, что во взглядах психиатров и социологов есть доля правды, но они настаивали на том, что если бы алкоголь не был доступен, то и проблем, связанных с ним, не могло бы возникнуть. Следовательно, они видели основную проблему в самом алкоголе, и боролись за его запрет, а в дальнейшем за строгие ограничения на производство, импорт, экспорт, продажу (как в ресторанах, так и в магазинах) и потребление алкоголя.

Научные основания

Споры на тему, что является первопричиной проблем, вызываемых потреблением алкоголя – доступность алкоголя или человеческие и социальные дефекты – продолжаются до сих пор. Позиция движения трезвенников, тем не менее, была ослаблена в результате уменьшения влияния самого движения во второй половине XX века. Но в 1960-х годах на помощь пришла наука, предоставив в распоряжение сторонников проведения активной алкогольной политики новые аргументы, полученные в результате исследований формы и особенностей распределения потребления алкоголя в обществе. Французский демограф С. Ледерманн, фактически, начал эту работу в середине 40-х годов прошлого века (Ledermann 1946, 1948, 1952), но серьезные исследования начались с его двухтомника *Alcool, alcoolisme, alcoolisation*, первая часть которого появилась в 1956 г. (Ledermann 1956), а вторая – в 1964 г. (Ledermann 1964); полученные им результаты можно считать открытием международного значения. Это привело к серьезному развитию исследований распределения потребления алкоголя в ряде стран, и сыграло большую роль в решении вопроса о том, что является первопричиной алкогольных проблем. Теперь я попробую дать краткое изложение основных идей Ледерманна, а также рассказать об их дальнейшем развитии и вытекающих из них рекомендаций применительно к алкогольной политике.

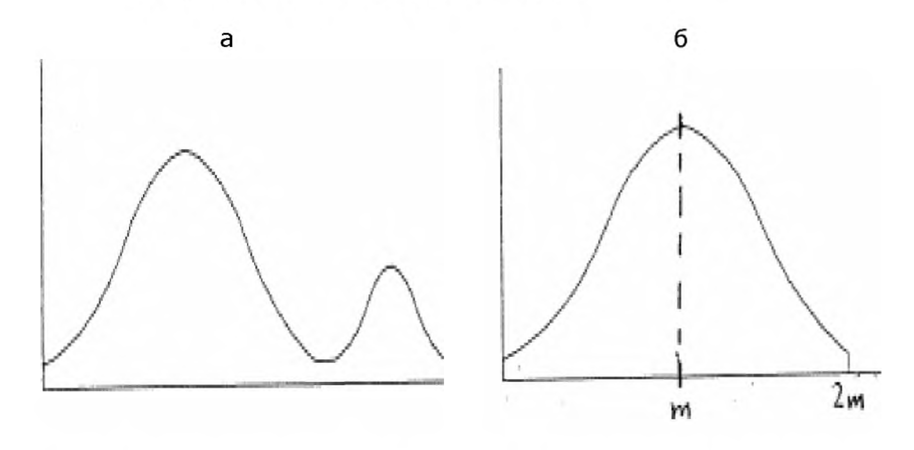
Как мы знаем, разные люди потребляют разное количество алкоголя, и последствия также сильно различаются. Некоторые не пьют вообще, большинство потребляет столько, сколько считает умеренным количеством, другие очевидно пьют слишком много. Эмпирические данные могут дать более точную информацию о распределении потребления алкоголя, но до 1960-х эта в большинстве стран об этом не было ничего известно. Есть множество типов распределения, и интуитивно человек может понимать, что распределение значительно различается между странами и различными периодами времени в каждой стране.

По крайней меры, мы точно знаем, что распределение потребления алкоголя не может быть симметричным. Существует нижняя граница потребления алкоголя, а именно нулевое потребление, а симметричное распределение подразумевает, что никто не может выпить больше двойного объема среднего потребления, как показано на Рис. 1а. Так как не существует верхней границы потребления алкоголя, мы можем заключить, что распределение должно быть скошенным.

Как уже говорилось, широко распространенным, в особенности среди психиатров, психологов и врачей, было представление о

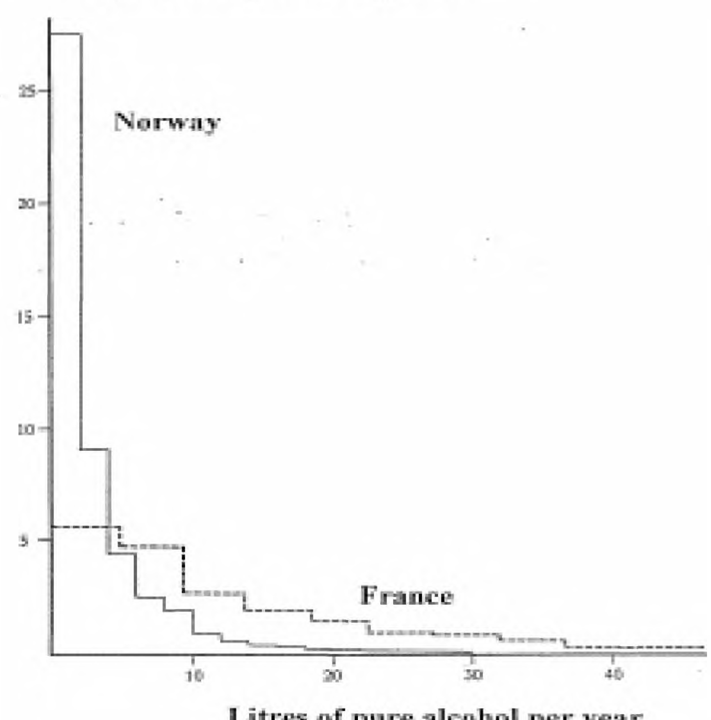
бимодальном распределении потребления алкоголя, имеющем два пика, как на Рис. 1б. Более высокий пик означает «нормальных» потребителей, а меньший по размеру пик означает пьяниц и алкоголиков. Это предположение было основано на представлении о том, что алкоголики и пьяницы, кардинально отличающиеся от других людей, как если бы их зависимость была аллергической реакцией, которая поразила некоторых людей, а остальных обошла стороной. Другими словами, проблема заключается в конкретном человеке. До тех пор, пока не было эмпирических данных, эта теория была, казалась, не менее правдоподобной, чем другие.

Рис. 1. Гипотетические среднегодичные распределения потребления алкоголя населением



Салли Ледерман, по всей видимости, был первым, кто провел эмпирические исследования распределения потребления алкоголя среди населения. Позже было проведено множество исследований этого вопроса, результаты двух из которых приведены на Рис. 2.

Рис. 2. Эмпирически полученное распределение потребителей алкоголя в Норвегии и Франции по данным опросов



На рисунке показано эмпирическое распределение потребителей в двух сильно различающихся странах – Норвегии, с низким уровнем потребления алкоголя, и Франции, с очень высоким потреблением. На графике можно увидеть два важных момента: во-первых, нет признаков пика тяжелых потребителей алкоголя в хвосте распределения. Во-вторых, во Франции количество много пьющих, гораздо выше, чем в Норвегии, не важно, какое пороговое значение для выделения этой категорий мы используем.

Логнормальное распределение

С. Ледерман изучил не только распределение алкоголя, но и связанный с алкоголем травматизм, заболеваемость и смертность, и пришел к выводу о наличии четкой связи между общим потреблением алкоголя населением и смертностью от определенных при-

чин. Он пришел в выводу, что эти результаты отражают некоторые общие свойства исходного распределения, и предложил гипотезы относительно типа распределения потребления алкоголя. Под влиянием работ по социальной экономике, он предположил, что распределение является логнормальным, т.е. логарифм потребления имеет нормальное (гауссово) распределение. Однако он не привел убедительных теоретических аргументов для подтверждения своих гипотез. Кроме того, он имел в своем распоряжении очень небольшой объем эмпирических данных для проверки своей гипотезы (Skog 1979).

Класс логнормальных распределений очень широк, и включает в себя различные виды распределения (Рис. 3). Он, подобно обычному гауссову распределению, является двухпараметрическим, так как его распределение распределения содержит как параметр центральности (среднее значение), так и параметр дисперсии (отклонение).

Мы можем сказать, что *X* имеет логнормальное распределение, если функция плотности распределения описывается следующим образом:

$$f(x) = \frac{1}{x \sigma \sqrt{2\pi}} e^{-(\log x - \mu)^2 / 2\sigma^2}$$

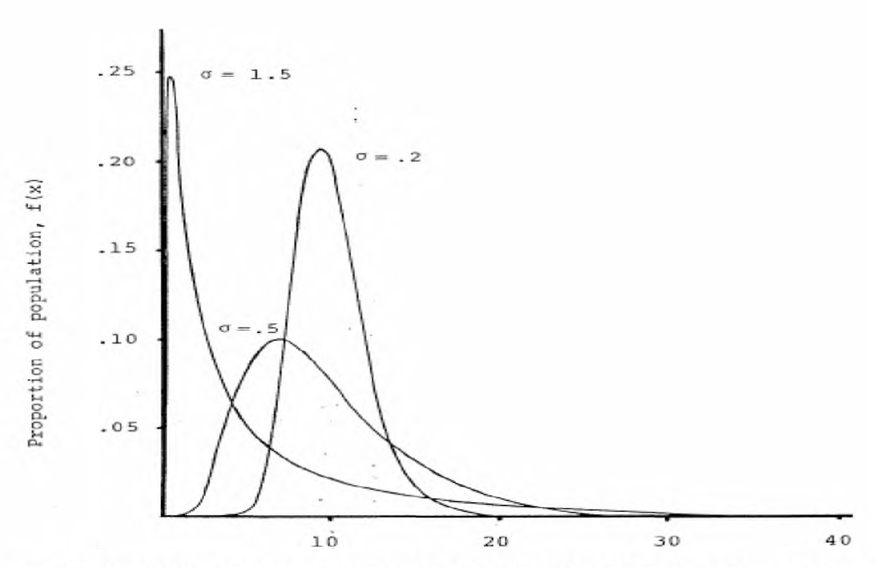
Среднее значение и дисперсия X описываются следующим образом:

$$m = e^{\mu + 1/2\,\sigma^2}$$

$$v^2 = m^2 e^{\sigma^2} - 1$$

Переменная **Z = log X** в этом случае будет иметь нормальное (Гауссово) распределение со средним μ и отклонением σ^2**.**

Рис. 3. Логнормальные распределения с одинаковым средним значением потребления алкоголя, но разной дисперсией



На основании эмпирических данных Ледерман пришел к выводу, что изменение общего потребления алкоголя населением обычно сопровождается изменением потребления людей, злоупотребляющих алкоголем, т.е. тех, чей уровень потребления превышает то, что считается высоким потреблением. Так как это не является обязательным следствием логнормальной гипотезы, он пришел к выводу, что отклонение не может не зависеть от среднего значения потребления. Он напротив предположил, что между этими двумя параметрами существует функциональная связь, другими словами, что распределение зависит только от одного параметра, среднего значения потребления.

Здесь мы видим математическое выражение логнормального распределения. Формула в данном случае не имеет большого значения, но выражения среднего значения и отклонения представляют интерес. Видно, что дисперсия, фактически является функцией среднего значения. Тем не менее, связь смягчается фактором, который содержит параметр σ. В принципе, это очень важно, так как σ может сильно изменить форму распределения, которую мы видели на предыдущей диаграмме. Однако мы также видим, что этот параметр является почти константой, и мы получаем однопараметрическое распределение, определяемое только средним

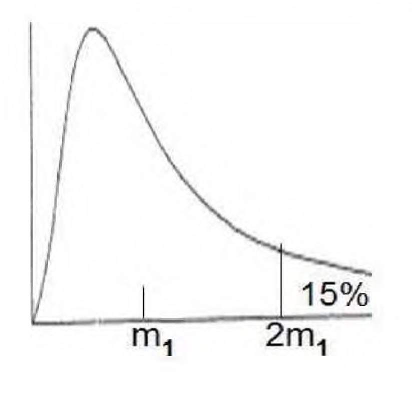
значением. То, как этот параметр ведет себя при использовании логнормального распределение для распределения потребления алкоголя, является вопросом эмпирическим.

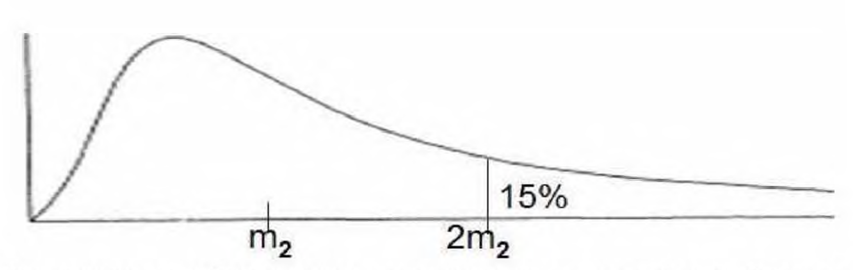
Вдохновленные работой С. Ледермана, канадские исследователи начали изучение эмпирического распределения потребления алкоголя, основанное на эмпирических данных, приобретенных в магазинах государственной монополии по продаже алкоголя в Онтарио. В 1960-х люди, которые хотели приобрести алкоголь в этих магазинах, должны были заполнить формы, прежде чем получить свои бутылки. На основе этих форм можно подсчитать, сколько каждый человек приобрел, например, в течение месяца. Эти данные были использованы для проверки теории распределения Ледермана, и выяснилось, что они очень хорошо объясняются этой теорией (de Lindt and Schmidt 1968). Однако канадские данные не были идеальны для этой цели, так как есть очевидная разница между приобретением и потреблением алкоголя. Только после в 60-е годы появилось больше достоверных данных для проверки теории Ледермана. Тогда в Финляндии был проведен масштабное исследование, включавшее данные опроса относительно индивидуального потребления алкоголя, проведенного по репрезентативной выборке населения. Финский исследователь Клаус Макела использовал эти данные, чтобы проверить гипотезу логнормального распределения, и по всей видимости сделал это первым на основании достоверных данных (Mäkelä 1979). В дальнейшем эта гипотеза была проверена во многих странах, включая Норвегию. Норвежский ученый Оле-Йорген Ског стал центральной фигурой в дальнейшем развитии этой области исследования, включая следствия этой теории. Эта статья сегодня во многом основана на его работах (Skog 1980, 1985, 1991).

Он, как и другие исследователи, показал, что эмпирическое распределение потребления алкоголя несколько отклоняется от логнормального распределения; по сути, оно было несколько менее ассиметрично, чем предсказывалось этим распределением (Skog 1993). Были найдены другие типы распределения, которые могли лучше описывали эмпирические данные. Выяснилось, что некоторые предположений Ледермана не подтвердились. Однако все согласились, что логнормальная гипотеза Ледермана прекрасно, описывала реальность, и хорошо подходила для любых практических целей, и эта точка зрения распространена до сих пор. К тому же, получила подтверждение другая, более важная часть теории Ледермана – предположение о том, что существует сильная связь между средним значением и отклонением, другими словами, что распределение является в основе своей однопараметрическим

(Skog 1980). Действительно, формулировка гипотезы Ледермана не была технически безупречной и проверенной эмпирическими данными, но суть гипотезы оказалась верной. Ярким подтверждением тому является большое количество эмпирических исследований, проведенных в ряде стран и показавших, что уровень потребления алкоголя у 15% населения в два раза превышает среднее значение (Рис. 4). Это был очень важный результат, отражавший как скошенность распределения, так и устойчивую связь между общим уровнем потребления и отклонением, не зависящую от общего уровня и культуры потребления алкоголя в стране (Skog 1985).

Диагр. 4. Однопараметрическое среднее распределение с различными средними значениями (*m*)





Эти результаты были очень важным открытием, так как была показана как асимметричность распределения, так и устойчивая связь между средним значением потребления и отклонением, не

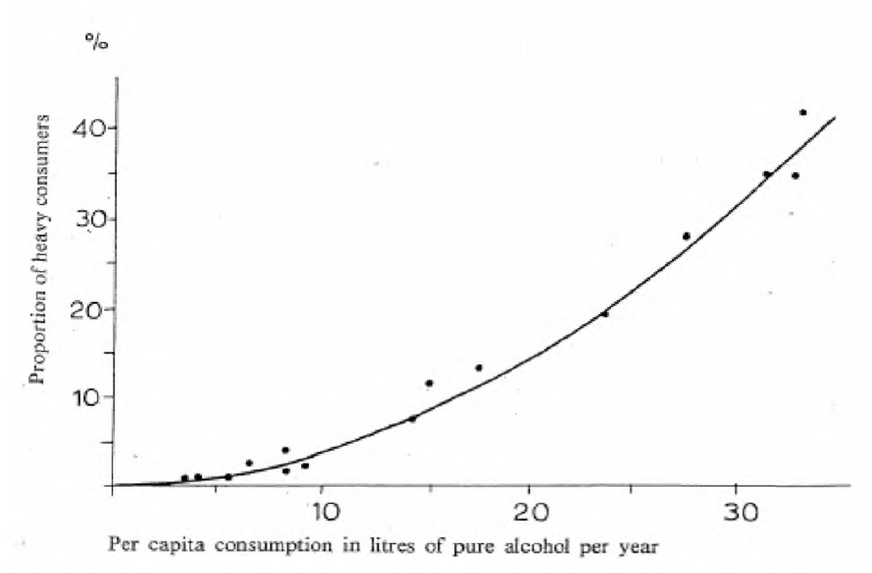
зависящая от общего уровня и культуры потребления алкоголя в стране.

Эти результаты стали неожиданностью для многих. Во-первых, не было найдено никаких признаков бимодальности распределения. Иными словами, не было четкой границы между уровнем потребления так называемого «нормального» потребителя и тяжелых потребителей, иначе говоря, «алкоголиков». Переход между «нормальным» и «тяжелым» потреблением был постепенным. Во-вторых, стабильная форма распределения противоречила широко распространенному представлению о том, что тяжелые потребители, или алкоголики, являются настолько зависимыми, что должны выпить определенное количество алкоголя, независимо от того, как меняется уровень потребления «нормальной» части населения. В-третьих, эти открытия показали, что распределение потребления алкоголя было, в целом, одинаково, например, в Норвегии и в стране с абсолютно другой культурой потребления алкоголя, Франции. Другими словами, так называемый «континентальный» тип потребления не означал, что умеренный уровень среднегодового потребления для большей части населения (пусть и выше, чем в Норвегии), и что лишь очень немногие пьют много. Наоборот (см. Рис. 2), как мы видели ранее, достаточно большая часть французов попадает под категорию «тяжелых потребителей», вне зависимости от того, где мы устанавливаем ограничение, определяющее тяжелое потребление. Распределения для Норвегии и Франции распределения выглядят очень по-разному на этой Диаграмме, но при использовании двух разных шкал для горизонтальной оси, они достаточно четко совпадают по форме. Это, в целом, означает, что только преобразование шкалы разделяет эти две кривые, и это лишний раз доказывает, что распределение потребления алкоголя является однопараметрическим. Следовательно, если известно среднее значение потребления алкоголя, то можно достаточно четко определить количество людей, потребляющих больше нормы (как бы мы ее не определили).

Дальнейшие исследования показали, что количество тяжелых потребителей увеличивается пропорционально квадрату среднего значения потребления, как видно на Рис. 5 (Bruun *et al.* 1975).

Это значит, что если, например, среднее значения потребления удваивается, то можно ожидать, что уровень тяжелых потребителей вырастет в четыре раза, как это показано на Рис. 5. Точки на этой диаграмме основаны на данных, полученных из 17 выборок в 6 странах с различными культурами потребления алкоголя: Италии, США, Франции, Дании, Финляндии и Норвегии.

Рис. 5. Отношение между средним потреблением алкоголя и пропорцией тяжелых потребителей (потребляющих больше 100 грамм чистого этанола в день)



Квадратичное соотношение хорошо описывало реалии для так реальных выборок с потреблением до 30 литров чистого алкоголя. Ясно, что соотношение не может быть действительно параболическим, потому что пропорция злоупотребляющих алкоголем (p) не может превышать 100%. Так что кривая регрессии на самом деле является чем-то вроде S-образной кривой, но для всех практических целей квадратичное соотношение работает хорошо.

Это соотношение, разумеется, является приблизительным. Все закономерности в этой области далеки от точности и детерминированности физических законов. Это закономерности в поведении и взаимоотношениях людей, и поэтому они в принципе могут быть различными для разных обществ. Удивительна как раз необычная для социальной сферы сила и стабильность этих закономерностей.

Все эти результаты в своей основе являются чисто статистическими описаниями, не ставящими целью глубокого понимания социального механизма их возникновения. В 1980 г. был опубликован ряд исследований (в основном это были работы Оле-Йоргена Скога), содержащих попытки объяснения механизмов возникновения и воспроизводства этих закономерностей. Теория была осно-

вана на двух базовых гипотезах. Во-первых, это предполоежение, это алкогольные привычки формируется из множества факторов, которые обычно оказывают воздействие в совокупности (а не по отдельности). Вторая гипотеза утверждает, что употребление человеком алкоголя сильно зависит от привычки пить в его социальном окружении. Обе гипотезы выглядят реалистичными, и обе подтверждаются эмпирическими исследованиями. Первая гипотеза хорошо объясняет, в общем, логнормальное распределение потребления алкоголя исходя из хорошо известной в математической статистике теоремы о центральном пределе. Другая гипотеза, основанная на теориях взаимодействия и распространения в социальных сетях, объясняет наличие сильной связи между средним значением потребления и процентом тяжелых потребителей алкоголя (Skog 1980*c*).

Практические рекомендации

На практике все эти результаты означают, что среднее значение потребления алкоголя становится центральным параметром в алкогольной политике. Даже если тяжелые потребители алкоголя достаточно сильно влияют на среднее значение потребления, более умеренные потребители, которых, разумеется, большинство, тоже будут иметь сильное влияние. Форма распределения весьма стабильна, то, очевидно, невозможно уменьшить алкогольные проблемы в обществе путем уменьшения потребления алкоголя только алкоголиками. С другой стороны, потребление алкоголя обычными людьми влияет на динамику числа тяжелых потребителей алкоголя, а, следовательно, и на тяжесть связанных с алкоголем социальных проблем, уровень заболеваемости и смертности.

Разумеется, это непросто принять. Почему мое умеренное потребление алкоголя должно влиять на проблемы, вызываемые алкоголем у других, неизвестных мне людей, которые злоупотребляют алкоголем? Многие люди скептически относились к этой теории, но это открытие в значительной мере дало новое, более прочное основание для доктрины движения трезвенников, которые подчеркивали важность такого аспекта личного решения того или иного индивиды не потреблять алкоголя, как социальная солидарность.

После того, как движение трезвенников значительно ослабло и продолжило терять силу в 1980-е годы и далее, новые результаты научных исследований предоставили новые сильные аргументы в пользу обоснованности традиционных целей алкогольной политики. Особенно сильное влияние здесь, по-видимому, имела так на-

зываемая *Пурпурная книга* (Bruun *et al.* 1975). В некоторых правительственных документах, начиная с 1980-х годов, содержались упоминания о новых научных открытиях в этой области, как о фундаменте алкогольной политики. Ограничение, и, по возможности, снижение общего уровня потребления алкоголя, были объявлены в качестве основных целей этой политики. Так как политика отныне основывалась на эмпирических исследованиях, она получила легитимность в кругах, далеких от традиционных трезвенников. Так называемая «теория общего потребления» стала чем-то вроде лозунга в дискуссиях об алкогольной политике. Где бы не проводились дискуссии на тему алкогольной политики,.к этой теории обращались почти везде под разными названиями, как, например, «теория Ледермана» и «теория среднего потребления».

Может показаться, что в течение определенного периода дискуссии были слишком сильно сфокусированы на теории общего потребления, а другие аспекты проблемы алкоголя были забыты. Спустя какое-то время снова возникла потребность сфокусироваться на отдельных аспектах культуры потребления алкоголя, особенно на скандинавской культуре потребления, которая, насколько я понимаю, недалека от российской. Например, очевидно, что даже если общее потребление алкоголя распределяется одинаково в разных странах и группах населения, способ употребления алкоголя также является очень важным. Абсолютно ясно, что способ потребления алкоголя в северных странах очень отличается от средиземноморских стран, и это дает другую картину вреда и проблем, вызываемых алкоголем. В северных странах очень распространены ситуации потребления больших доз алкоголя за раз: «мы пьем, чтобы напиться». В то же время в средиземноморских странах алкоголь, по большей части, используется для поддержания атмосферы дружеского общения во время обеда или ужина. Это легко наблюдать во время путешествий по южной Европе, и это также подтверждается рядом эмпирических исследований (Horverak and Bye 2000; Simpura and Karlsson 2001).

Теория общего потребления, строго говоря, просто связывает процент тяжелых потребителей алкоголя со средним значением потребления алкоголя, и тяжелое потребление в данном случае определяется только исходя из уровня среднегодового потребления алкоголя, а тем, сколько выпивается за раз (Рис. 5). В этом смысле теория гораздо лучше обоснована сейчас, нежели в конце 70-х годов, когда она стала известна широкой публике. Следующий шаг, который, строго говоря, не является частью теории, заключается в установлении связи между тяжелым потреблением алкоголя и риском получить какой-либо урон, вызываемый по-

треблением этого химического вещества. Связь между средним значением потребления алкоголя, уровнем тяжелого потребления и степенью урона, вызываемого потреблением алкоголя, была установлена на основе эпидемиологических исследований определенных видов урона, особенно смертности от цирроза печени. Уровень остальных видов вредоносных последствий потребления алкоголя, очевидно, связан больше с способом потребления алкоголя. Например, уровень смертности от отравлений, насилия и других видов внешних причин более связан с количеством случаев высокой степени интоксикации. Даже эти виды проблем, вызываемых потреблением алкоголя, демонстрируют сильную связь со средним значением потребления внутри одной и той же страны, но международное сравнение может показать здесь слабую связь, из-за разницы в культуре потребления алкоголя. Некоторые вредные для общества последствия могут иметь даже меньшую связь со средним значением потребления. В обществах с высоким средним потреблением алкоголя, где оно сильно интегрировано в культуру и связано, например, с приемом еды, уровень социальных последствий может быть ниже, чем в обществе с низким уровнем потребления, но где умеренный уровень потребления считается нарушением социальных норм и может вызвать негативную общественную реакцию. Теория общего потребления не обязательно связывает среднее значение потребления с показателем распространения всех видов проблем, вызываемых потреблением алкоголя. Но внутри одной и той же культуры потребления алкоголя, где условия в обществе в остальных отношениях остаются неизменными, будет видна сильная связь между общим потреблением и, по крайней мере, большей частью вызываемых потреблением алкоголя проблем.

Перспективы

В последние годы раздаются возгласы, критикующие теорию общего потребления. Я считаю, что эта критика основана на неправильном понимании тезиса о том, что средний уровень потребления алкоголя коррелирует со всеми видами вреда, вызываемого потреблением алкоголя в обществе. Разумеется, ни один серьезный ученый не утверждает, что общее потребление алкоголя является *единственным* фактором, определяющим уровень вреда от алкоголя в обществе, или что теория общего потребления является *единственной* серьезной теоретической основой алкогольной политики. Я считаю, что эту ситуацию можно сравнить с тормозным путем машины. Каждый обладатель водительских прав дол-

жен знать, что тормозной путь равен квадрату скорости. Но все мы знаем, что существует огромная разница между тормозным путем на дороге, покрытой льдом, и на сухом асфальте. Его длина также может меняться в зависимости от состояния шин, тормозов, груза машины и т.д. Итак, даже имея связь между скоростью и тормозным путем, мы все равно имеем другие очень важные факторы.

В последние годы серьезные дискуссии по алкогольной политике, проводимые в северных странах, в определенной степени отошли от теории общего потребления. Даже при том, что алкогольная политика сегодня основывается на этой теории, все больший упор делается на потребительские запросы, которые включают доступность алкоголь, высокое качество и низкие цены на него. Как и в других сферах общества, мнение, похоже, движется в сторону «больше рынка, меньше административного вмешательства». Применяются превентивные меры, как, например, распространение информации и кампании мотивации, но, в то же время, количество областных монопольных магазинов по продаже алкоголя в Норвегии, увеличилось на 90% за последние 10 лет. С 1999 г. практически все монопольные магазины перешли от продажи через кассу на самообслуживание. Во всех северных странах алкоголь подешевел, в основном в Дании и Финляндии, где налог на крепкие напитки был снижен на 45% в 2003 г. и 2004 г. соответственно. В Финляндии даже налоги на пиво, столовое вино и промежуточные продукты (крепленые вина), были снижены в то же время на 32%, 10% и 40% соответственно. В Норвегии налог на спиртное был снижен на 15% в 2002 г., и еще на 9% в 2003 г.

Подобная либерализация и снижение налогов появились в качестве реакции на увеличивающуюся глобализацию рынков алкоголя. Основное влияние исходит от ЕС, оно затрагивает как северные страны-члены ЕС (Дания, Финляндия и Швеция), так и на Норвегию, которая не является членом ЕС (Nordlund 2007). Изменения, в определенной степени, были двусторонними: несколько увеличились налоги на алкоголь, появились новые запреты на маркетинг алкоголя и продажу также и в других странах ЕС, помимо скандинавских. И даже несмотря на то, что алкогольная промышленность занимается лоббированием в Брюсселе и, очевидно, имеет большое влияние, совет ЕС все же впервые выдвинул закон об алкогольной политике. Фактически, это было что-то неординарное, и, вероятно, в определенной степени случилось благодаря влиянию скандинавских стран в ЕС. До последнего времени ЕС оказывал большее влияние на алкогольную политику скандинавских стран, нежели они на ЕС. Но, если мы хотим иметь открытые для соседей границы и близкие отношения с остальной

Европой, нам следует ожидать сильного влияния на нашу жесткую алкогольную политику. Похоже, нет другого способа сохранить относительно строгую алкогольную политику и разумные нормы потребления алкоголя в скандинавских странах, кроме как путем международного сотрудничества и переговоров, результатом которых явится появление более или менее общих правил. Но изменение традиционной культуры потребления алкоголя в скандинавских странах, похоже, является очень сложной задачей - возможно, жители южной Европы даже не могут себе представить, насколько сложной. Следовательно, я считаю, что есть хорошие причины сохранить традиционную ограничительную алкогольную политику так долго, как только возможно, чтобы держать потребление алкоголя под контролем. И лучшие аргументы «за», по моему мнению, содержатся в теории общего потребления, как для скандинавских стран, так и для других стран, которые борются с социальными проблемами, заболеваемостью и смертностью, вызываемыми потреблением алкоголя.

Библиография

Bruun K., Edwards G., Lumio M., Mäkelä K., Pan L., Popham R. E., Room R., Schmidt W., Skog O.-J., Sulkunen P., and Österberg E. 1975. *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.

de Lindt J. and Schmidt W. 1968. The Distribution of Alcohol Consumption in Ontario. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 29: 968–973.

Holder H. D., Kühlhorn E., Nordlund S., Österberg E., Romelsjö A., and Ugland T. 1998. *European Integration and Nordic Alcohol Policies*. Aldershot, UK: Ashgate.

Horverak Ø and Bye E. K. 2000. *Some characteristics of the Norwegian drinking pattern in the period 1962-1999*. Paper presented at the 26th Annual Alcohol Epidemiology Symposium in Oslo.

Ledermann S. 1946. La mortalité des adultes en France. *Population* 1: 662–682.

Ledermann S. 1948. La surmortalité des hommes en France. *Cahier Francais d'Information* 118: 18–23.

Ledermann S. 1952. Influence de la consommation de vins et d'alcools sur les cancers, la tuberculose pulmonaire et sur d'autres maladies. *Semaine Medicale* 28: 221–235.

Ledermann S. 1956. *Alcool, alcoolisme, alcoolisation. Données scientifiques de caractère physiologique, économique et social*. Paris: Presses universitaires de France (Institut national d'études démographiques, Travaux et Documents, 29).

Ledermann S. 1964. *Alcool, alcoolisme, alcoolisation*. 2: *Mortalité, morbidité, accidents du travail*. Paris: Presses universitaires de France (Institut national d'études démographiques, Travaux et Documents, 41).

Skog O.-J. 1980. *Empiriske og teoretiske studier av alkoholkonsumets fordeling i befolkningen og de fordelingsgenererende mekanismer (Empirical and Theoretical Studies of the Distribution of Alcohol Consumption in a*

Population and its Generating Mechanisms). Oslo: Statens institutt for alkoholforskning.

Skog O. J. 1985. The Collectivity of Drinking Cultures: A Theory of the distribution of Alcohol Consumption. *British Journal of Addiction* 80: 199–208.

Skog O.-J. 1991. Drinking and the Distribution of Alcohol Consumption. *Society, Culture and Drinking Patterns Reexamined* / Ed. by D. J. Pittmann and H. R. White. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies. P. 135–156.

Что нужно для успеха алкогольной политики: опыт Норвегии

Эйвинд Хорверак

В Норвегии в 1756 г. был введен запрет на производство крепких алкогольных напитков, который был отменен в 1816 г., спустя два года после принятия конституции Норвегии. С одной стороны, отмена запрета выражала желание молодой нации самостоятельно устанавливать законы. С другой стороны, это была реакция на модную в то время экономическую философию, включавшую идеи либерализма, свободы предпринимательства и торговли, провозглашенные в работах Адама Смита и Давида Рекардо. Наконец, отмена запрета представляла собой ответ на возросшую популярность возделывания картофеля, который широко использовался в производстве крепких алкогольных напитков.

Такой подход привел к быстрому росту производства крепких алкогольных напитков. Согласно оценкам на 1830 г., каждый взрослый житель Норвегии ежегодно выпивал в среднем 13–14 литров чистого спирта в виде крепких алкогольных напитков. Это эквивалентно бутылке водки еженедельно. Пиво и вино норвежцы употребляли в меньшем количестве, 90% потребляемых спиртных напитков составляли крепкие спиртные напитки. Это был рекордный уровень потребления алкоголя когда-либо зарегистрированный в Норвегии. Судя по данным В. Тремла (Treml 1997) и А. Немцова (Nemtsov 2000), в России ситуация не сильно отличается.

В настоящее время, если средний показатель потребления алкоголя составляет 14 литров, то это, безусловно, не означает, что каждый человек выпивает 14 литров в год. Кто-то пьет меньше, кто-то больше. Исследования потребления алкоголя в различных странах показывают, что модель его потребления относительно устойчива (Skog 1980, 1991). Мы также знаем, что оно непараметрическое[1]. Если мы знаем средний уровень потребления алкоголя среди населения, и процент людей, которые пьют спиртные напитки, мы можем рассчитать количество людей, употребляющих определенное количество алкоголя в течение года.

Если средний показатель потребления алкоголя равняется 14 литров в год, то около 7% потребляющих спиртные напитки долж-

---

[1] См. статью С. Нордлунда в этом сборнике.

ны выпивать более 250 грамм водки в день. Некоторые из этих людей выпивают гораздо больше, что ведет к проблемам, связанным с пьянством, которые усугубляются тем, что большая доза алкоголя выпивается за раз. Так было в Норвегии 150 лет назад, когда люди употребляли спиртные напитки не для культурного общения, а просто для того, чтобы напиться. Эту черту обществ, где поощряется употребление алкоголя и его воздействие на организм, Дж. Партанен определяет как героический алкоголизм (Partanen 1993). Говоря простым языком, этот термин означает, что люди пьют для того чтобы выпить. В обществах, где героический алкоголизм – обычное явление, предпочтение отдается крепким спиртным напиткам, так как они позволяют достичь состояния опьянения быстрее, чем пиво или вино. В таких обществах более распространены случаи алкогольного отравления, а также связанного с алкоголем насилия и получения травм в результате сильного опьянения.

Высокий уровень потребления алкоголя и пьянство имели значительные социальные последствия в середине XIX в., не в последнюю очередь по причине того, что бедные слои населения становились еще беднее. Люди, уезжавшие из деревень в город в поисках работы, были наиболее уязвимой группой. Многие тратили зарплату на алкоголь, обрекая свои семьи на нищету и жалкое существование. Пьянство приводило к насилию, и не в последнюю очередь в семье, где жены и дети довольно часто подвергались побоям.

Принимая во внимание серьезность проблемы, нет ничего удивительного в возникновении ответной реакции в виде антиалкогольного движения, сторонники которого добились двух важных изменений. Во-первых, правительство ввело меры по регулированию потребления алкоголя, в числе которых одной из наиболее важных было введение лицензий на производство и продажу спиртных напитков. Производить алкоголь в небольших количествах стало невыгодно, благодаря чему появилась возможность контролировать этот сегмент рынка алкогольного бизнеса. С 1871 г. монополия на розничную торговлю крепкими спиртными напитками была отдана муниципалитетам, а их продажа была разрешена только в городских муниципалитетах. Кроме того, местным советам было предоставлено право решать, будут ли на их территории продаваться крепкие напитки.

Во-вторых, идеи антиалкогольного движения нашли выражение в клятве трезвости, которую дали многие люди. Они вступали в общества трезвости, боровшиеся с пьянством. Первые организации изначально боролись с крепкими алкогольными напитками, не отвергая пива и вина, считая их сравнительно безопасными. Анти-

алкогольная кампания вскоре принесла плоды: к 1880 г. на долю крепких напитков приходилось 65% потребляемого алкоголя, по сравнению с 86% в 1851 г. Однако крепкие спиртные напитки по-прежнему оставались на первом месте, особенно среди рабочего класса и люмпенизированного пролетариата. Вино было напитком буржуазии, а пиво завоевывало признание, особенно после появления в 40-е гг. на рынке баварского темного пива с низким содержанием дрожжей. Пиво стало популярным в среде рабочего класса.

В конце 50-х гг. возникло новое народное антиалкогольное движение, движение трезвенников (*teetotalers movement*). Оно отличалось от движения за воздержание (*temperance movement*), появившегося в среде буржуазии, и имело свои корни в рабочей среде. Новое движение было основано в тесном сотрудничестве с организациями рабочих и участниками рабочего движения, существовавших в то время в Норвегии. «Трезвенники», рекрутировали в свои ряды людей из тех же классов, что и участники трудового движения, и были движимы идеей лучшей жизни для простых людей. В этом светлом будущем не было места алкоголю. К «трезвенникам» и активистам трудового рабочего присоединились участники движения Лоу Чёрч (*Low Church*), возникшего в Норвегии в конце XIX – начале XX вв., ставшего популярным среди малоимущих слоев населения.

Помимо повышения престижа трезвенников и пропаганды трезвого образа жизни, движение «трезвенников» считало своей основной целью полное устранение алкоголя из общества. Первым шагом на пути к этому был запрет на крепкие спиртные напитки, которые по-прежнему называли причиной номер один в возникновении алкогольной зависимости и других проблем, связанных с алкоголем. «Трезвенники» надеялись, что успех в этом направлении приведет их также к запрету на пиво и вино.

Основным инструментом антиалкогольной борьбы был плебисцит – общественное мнение принимало решение относительно того, должны ли крепкие алкогольные напитки продаваться на территории определенного муниципального образования. Это стало успешной стратегией, и в 1894 г. был издан акт, согласно которому лицензию на продажу крепких алкогольных напитков можно было получить только с согласия общества на голосовании. С началом проведения местных референдумов женщинам также было разрешено принимать участие в голосовании, однако прошло еще 19 лет, прежде чем они получили избирательное право на выборах в парламент. Для антиалкогольной кампании этот шаг имел большое значение, так как в основном именно женщины страдали от последствий алкогольной зависимости своих мужей, и большая

часть женщин была против продаж крепких алкогольных напитков.

Таким образом, основной целью «трезвенников» стала борьба за запрет на продажу крепких алкогольных напитков с помощью плебисцита на местном уровне. Влиятельность этого движения показывает то, что резко снизилось количество городов, где крепкие напитки были доступны: в 1894 г. этот показатель равнялся 51, а в 1913 г. – 13, благодаря чему в стране в целом снизился уровень потребления алкоголя.

Однако первая мировая война привела к изменению антиалкогольной стратегии. К осени 1916 г. продовольственное снабжение представляло большую проблему, и на продажу крепких алкогольных напитков был наложен запрет. Это была временная мера, которую государство предполагало отменить после окончания войны. Этого, однако, не случилось. В то же время активисты трезвеннического движения оставили стратегию местных референдумов в пользу лоббирования идеи национального плебисцита, тем самым предоставив право голоса населению страны.

Голосование состоялось в 1919 г., и большинство населения проголосовало за введение государственного запрета на продажу крепких алкогольных напитков. Косвенно это повлияло и на продажу вина. Правительством был учрежден новая структура государственной монополии на вино – *Vinmonopolet*, которая контролировала розничную продажу не только крепких алкогольных напитков, но и вина. Алкогольную продукцию стало труднее купить, и основной объем продаж приходился на муниципальные монополии, торговавшие крепкими алкогольными напитками ранее.

Если до 1916 г. продажа крепких напитков находилась в ведомстве муниципалитетов и определялась народным голосование, то общенациональный запрет отражался на всех муниципалитетах независимо от общественного мнения. В больших городах, особенно в Осло, где только 20% населения проголосовала за введение запрета, постепенно росло недовольство новым законом. Многие другие города, где существовала система монополии на крепкие спиртные напитки, также голосовали против принятого запрета.

Вскоре принятый законодательный запрет стал подвергаться критике по всей территории страны, особенно в районе Осло. Норвежская пресса, в особенности в Осло, также активно осуждала принятый запрет. Крепкие напитки ввозились контрабандой в больших количествах, процветало нелегальное производство алкоголя, врачи прописывали алкогольные напитки своим пациентам, поскольку считалось, что бокал-другой способствует лечению практически всех недомоганий или болезней. Спустя некоторое

время бывшие сторонники закона о запрете крепких алкогольных напитков, состоявшие в разных политических партиях, приняли решение о его пересмотре. Это поставило лейбористскую партию в затруднительное положение, так как в 1911 г. в своем манифесте она выступила за введение государственного запрета на крепкие алкогольные напитки. Лидеры партии задавались вопросом, является ли общенациональный запрет на крепкие напитки наилучшим методом антиалкогольной борьбы. На встрече между представителями лейбористской партии и В. И. Лениным, состоявшейся в 1921 г. в Москве, особенно подчеркивалась противоречивость данной проблемы.

Члены Делегации хотели выяснить мнение В. И. Ленина об этом законе. По рассказам лейбористов, Ленин не поддерживал запрет (Scheflo 1928), считая, что человек сам должен решать, пить ему или нет. В результате принятый большевиками запрет на алкоголь в 1917 г. в СССР постепенно сошел на нет: к 1925 г. на рынке снова появились все виды спиртных напитков. Однако производство и продажа алкогольной продукции были государственной монополией, а на продажу водки был относительно высокий налог. К концу 20-х гг. доходы государства от продаж водки были значительны. По данным Д. Тарчиса (Tarchys 1993), налог на алкогольную продукцию в 1927–28 гг., как впоследствии и в 1982 г. составлял 12% общего дохода государства.

Вернемся, однако, к алкогольной политике Норвегии. Благодаря возрастающей оппозиции принятому закону и снижающейся поддержке политических сил, в 1926 г. был проведен новый референдум. Большинство проголосовало против запрета на крепкие напитки и с весны 1927 г. алкоголь снова поступил в продажу в магазины Норвегии. Однако, как и в СССР, производство и продажа алкоголя были государственной монополией. Возобновилась практика местных референдумов, и продажа крепких напитков могла осуществляться только по решению большинства. В действительности, ситуация не сильно отличалась от предвоенной, когда жители муниципального образования могли голосовать за или против продажи алкоголя на своей территории.

Однако существовало одно значительное различие. Раньше вино продавалось в обычных магазинах, но с вступлением в силу нового закона продажа вина попала в ведение местных алкогольных монополий. Крепкие спиртные напитки и вино стали продаваться в муниципальных монопольных заведениях, а не в магазинах, как это было раньше. На практике, доступность вина теперь зависела от доступности крепких напитков, так как немногие местные власти создавали специальные монополии по продаже вина.

При продаже вина для любой цели возникали те же преграды, что и при продаже крепких алкогольных напитков.

Кроме того, наблюдалось еще одно существенное различие. В период между Первой и Второй мировыми войнами движение за умеренность и «трезвенники» потеряли поддержку отчасти из-за недовольства запретом крепких напитков, отчасти потому что алкоголь наносил теперь менее ощутимый вред обществу и людям.

В 1930-е годы, по данным зарегистрированных продаж алкогольной продукции, каждый человек в возрасте от 15 лет употреблял не более 2,4 литров спиртных напитков в год. Таких низких показателей в Норвегии не было ни до, ни после этого. Существовало определенное количество нелегально производимых крепких алкогольных напитков, о чем нельзя забывать, однако в тот период уровень потребления алкоголя был низким как никогда.

Было бы правильно сказать, что накануне второй мировой войны местные референдумы, когда люди сами принимали решение о продаже спиртных напитков в непосредственной близости от своего дома, являлись основным механизмом алкогольной политики. Это имело большое значение, так как по-прежнему в силе оставалось движение трезвенников, а лоббирование антиалкогольной стратегии активно поддерживалось. В 1940 г., когда Германия вторглась в Норвегию, спиртные напитки легально можно было приобрести только в 15 городах.

Однако политика ограничения продаж алкогольных напитков не является единственной причиной низкого уровня потребления алкоголя в 1930-е годы. Другая, не менее важная причина этого – экономический кризис, принесший массовую безработицу и ужесточение дисциплины на заводах в условиях современного промышленного производства, что давало рабочим меньше возможностей выпить. До этого, обычным делом было выпить в течение рабочего дня или сразу после его окончания, но с проникновением современного капиталистического типа мышления, это перестало быть нормой для людей, за исключением, возможно, портовых рабочих, невоенных моряков, рабочих в строительстве и транспорте. Однако в промышленном секторе потребление спиртного не одобрялось и постепенно сходило на нет.

В настоящее время, если вы пьете в течение рабочего дня, вы рискуете потерять работу: употребление спиртных напитков во время работы считается основанием для увольнения.

С началом второй мировой войны была принята новая, особенно эффективная политика в отношении крепких алкогольных напитков. Хотя специальные налоги с продаж алкогольной продукции собирались и до Второй мировой войны, во время войны был принят новый подход к налогообложению в данной сфере, кото-

рый впоследствии перерос в продуманную ценовую политику (Brofoss 2002; Hamran, Myrvang 1998). Изначально во время войны этот налог назывался кризисным и составлял 50% от стоимости крепких напитков и вина. В 1947 г. он был увеличен еще в два раза для крепких напитков и крепленого вина. В 1950 г. налог был вновь повышен, но на этот раз только для крепких напитков. В результате новой политики доходы с налогообложения алкоголя выросли с 79 до 385 миллионов норвежских крон, что с учетом инфляции составляет рост на 150%. В 1951 г. доход с продаж алкогольной продукции составлял 7% общей государственной прибыли от прямых и косвенных налогов, безусловно являясь важным источником финансовых средств. От 80% до 90% налогов на каждую бутылку спиртного напитка были государственными.

По данным статистики об осужденных за правонарушения, высокие налоги и цены на алкоголь стимулировали развитие нелегального производства. В период с 1950 по 1960 гг. количество оштрафованных и осужденных увеличилось в четыре раза. Быстро росла контрабанда. Незаконное производство и нелегальный импорт все больше привлекали внимание экспертов и политиков. Легальные производители алкоголя использовали эти показатели для того, чтобы аргументировать необходимость снижения налогов на алкогольную продукцию.

Вследствие роста нелегального производства и контрабанды алкоголя, возникла потребность в надежной статистике по употреблению незаконно произведенных спиртных напитков. В то время как ограничения доступности алкоголя способствовал снижению потребления легально произведенных спиртных напитков, уровень потребления нелегального алкоголя возрос, с точки зрения алкогольной политики в строгом смысле этого слова, такая алкогольная политика не имела смысла. Нет никакой разницы, выпил ли человек алкогольный напиток, приобретенный законно, или произвел его сам – вред одинаковый в обоих случаях, при условии, что они сравнимы по качеству.

Чтобы удовлетворить потребность в качественной и более адекватной статистике, в 1959 г. в Норвегии был основан Институт исследований по алкоголю. Одной из основных задач Института стала оценка уровня нерегистрируемого потребления алкоголя, т.е. сваренного в домашних условиях пива, вина и крепких алкогольных напитков, контрабандного алкоголя, алкоголя, ввозимого из Швеции и Дании, а также алкогольной продукции, не облагаемой налогом продукции (Hauge 1978). Государственным деятелям требовалось больше информации о привычках людей в употреблении спиртных напитков для того, чтобы разработать эффективную политику, и новый исследовательский институт начал проводить

опросы населения Норвегии, выясняя модели потребления алкоголя, а также воздействие алкогольной политики на индивидуальном и популяционном уровнях.

Институт исследований по алкоголю стремился повысить качество статистической информации с помощью проведения интервью по репрезентативным выборкам населения. Таким образом, появилась возможность получить данные не только о количестве алкоголя, который продается на территории Норвегии, но и о том, кто его употребляет, как и сколько. Как известно, такого рода статистика имеет существенные недостатки. Кроме того, очень трудно получить информацию о тяжело пьющих людях, так как опросить их практически невозможно. Однако если в течение долгого времени собирать информацию по одной и той же методике, информацию о выявленных моделях поведения людей в отношении алкоголя, как нам кажется можно назвать достаточно надежной.

В 1960–70-е годы данный тип исследований получил большое распространение, не в последнюю очередь благодаря развитию компьютерных технологий. Одним из результатов стало повторное обращение к теориям, касательно распределения потребления алкоголя среди пьющих и корреляции между уровнем его потребления среди населения и определенными заболеваниями, такими как цирроз печени (Bruun *et al.* 1975). Эмпирическая проверка этой гипотезы впервые была проведена при помощи анализа данных продаж в Канаде (de Lindt, Schmidt 1968) и потребления алкоголя в Финляндии (Mäkelä 1979).

Учитывая предыдущий опыт, Оле Йорген Ског, норвежский исследователь алкоголя, провел анализ большого массива данных (Skog 1980, 1991) и обнаружил, что объем потребляемого алкоголя среди населения коррелирует с количеством тяжело пьющих людей.

Исследования также показали, что между тяжелым и нормальным потреблением алкоголя нет четкой границы. Большинство людей пьют умеренно, и чем выше уровень потребления алкоголя, тем меньше в обществе процент таких потребителей. Низкий, средний и высокий уровень потребления переходят друг в друга незаметно.[2] Кроме того, по данным исследований, средний показатель потребления алкоголя среди населения коррелирует с процентом заболеваний циррозом печени, аналогичная связь наблюдается между средним уровнем потребления и общим уровнем смертности населения (Bruun *et al.* 1975). Последующие исследования выявили взаимосвязь показателя среднего уровня потребления алкоголя и «числа несчастных случаев, произошедших в со-

---

[2] См. статью С. Нордлунда в этом сборнике.

стоянии острой интоксикации, а также случаев насилия и суицида» (Edwards 1994: 102).

Это не означает, что с потреблением алкоголя связан всегда один и тот же спектр ущерба, однако средние значения по странам можно сравнивать. Тип ущерба зависит и от других факторов, такие как модель поведенческая потребления алкоголя. В странах, где принято выпивать достаточно большие объемы водки за раз, как, например, в России, спектр алкогольного вреда другой, чем в странах, где пьют часто, но понемногу. Тем не менее, показатели потребления коррелируют с уровнем связанного с алкоголем риска. В обществах, где потребление растет, а поведенческая модель потребления алкоголя остается неизменным, риск, связанный с употреблением алкоголя также имеет тенденцию увеличиваться. Учитывая достаточно стабильное распределение потребителей алкоголя по кривой потребления, воздействие только на тяжело пьющих будет малоэффективным с точки зрения снижения вреда в обществе, в целом. Эффективная алкогольная политика (также и с точки зрения воздействия на алкоголиков) должна быть нацелена на более широкий круг потребителей алкоголя.

Сильное влияние движения за умеренность и трезвость в Норвегии привело к тому, что алкогольная политика была направлена на изменение поведения людей в отношении алкоголя на уровне всего общества. Однако в 40-е гг. движение ослабело, и, как следствие снизилась его способность влиять на алкогольную политику. В тот период результаты научных исследований придали легитимность старой политике, оправдывая попытки сдерживать общий уровень потребления алкоголя в обществе научными, а не моральными аргументами (Nordlund 2003).

Однако регулирование цен с помощью референдумов на местном уровне оказалось действительно невозможным для алкогольной политики. Общественное мнение больше не было против продаж спиртных напитков. Последний раз жители муниципалитета проголосовали против этого в 1973 г. А так как существование института плебисцита оправдано только в случае, если общество выступает за, участниками движения за умеренность было принято решение о прекращении обязательных референдумов. В 1989 г. право на их проведение по требованию было аннулировано, а решение о возможности продаж алкоголя на территории муниципалитета передано местным политикам после консультаций с Винмонополет.

Позднее, отношение политиков к ограничению доступности спиртных напитков изменилось. В то время как раньше политическое большинство старалось избегать увеличения числа заведений государственной монополии, поскольку легкий доступ к алкоголю

вел к росту потребления, теперь члены многих партий выступают за то, чтобы сделать вино и крепкие спиртные напитки доступными для населения. Они также хотят изменить порядок продажи алкоголя – не через прилавок, а в форме самообслуживания, несмотря на то, что это способствует росту потребления алкоголя в обществе (Horverak 2001). Таким образом, вместо механизма ограничения доступа к алкоголю, новым веянием является рост доступности вина и крепких алкогольных напитков. Институт государственной монополии продолжает ограничивать потребление алкоголя в Норвегии, однако наличие альтернативы – разрешения розничным торговцам продавать вино и крепкие напитки – привело бы к росту как доступности, так и потребления алкоголя.

Не считая института государственной монополии, ограничение доступности как средство снижения потребления алкоголя более не является важной составляющей алкогольной политики. Сегодня наиболее важная мера алкогольной политики – налогообложение.

Увеличение стоимости спиртных напитков стало политической стратегией в то самое время, когда движение за умеренность потеряло свое влияние на алкогольную политику Норвегии. Изначально участники этого движения выступали против стратегии налогообложения алкоголя, так как считали, что зависимость государства от прибыли с продажи спиртных напитков не должна расти. Однако когда они заметили изменение общественного мнения по данному вопросу, то вскоре приняли новую идею.

Ограничение потребления алкоголя с помощью увеличения цены возможно только при определенных условиях. Во-первых, политики должны поддерживать ценовой механизм, должна быть политическая воля к действию, поскольку это будет явно непопулярный шаг. Хорошо, если собранные налоги будут существенными для государственного бюджета. Тогда высокие цены были бы оправданы аргументами не только социальной, но и экономической политикой, а последние, как правило, имеют больший вес.

После роста налогов в 1951 г. доходы от акцизов на алкоголь составили 7% дохода государства от прямых и косвенных налогов. На сегодняшний день этот показатель упал до 1,2% и имеет тенденцию к снижению. Это означает, что государство все меньше зависит от налоговой прибыли с алкогольной продукции; в настоящее время эта прибыль не играет решающей роли в государственной поддержке ценовой политики.

Второе обязательное условие для эффективности ценовой политики – малодоступность алкоголя из других источников. Исторически сложилось, что основными источниками не облагавшейся налогом алкогольной продукции было частное производство крепких алкогольных напитков и вина, а также контрабанда крепких

напитков, составлявшие в 1979 г., по оценкам, 80% неофициального потребления. К 2004 г. показатель снизился до менее чем 30%. Это происходит не только потому, что люди стали более состоятельны, но и потому что они потеряли навыки самогоноварения. Контрабанда крепких напитков снизилась недавно вследствие скандала, когда из-за отравления контрабандным метанолом погибло около двадцати человек.

Появление законных и более удобных источников спиртных напитков стало основной причиной снижения самогоноварения. Таким образом, в то время как количество самостоятельно произведенной и контрабандной алкогольной продукции снижается, уровень потребления нелегальных спиртных напитков остается на прежнем уровне.

Сейчас люди стараются покупать алкоголь в магазинах беспошлинной торговли или во время путешествий к нашим ближайшим соседям – в Швецию, Данию, Финляндию и Россию. В наибольшей степени выросли покупки в магазинах беспошлинной торговли и импорт пива, вина и крепких напитков из Швеции. Большое количество алкоголя, закупаемого гражданами за рубежом, и магазины беспошлинной торговли не позволяют более повышать акцизы. Более того, налоги на алкоголь с большей вероятностью будут снижены, чем повышены в обозримом будущем.

Сравнение цен сейчас с ценами в 1960-е гг. говорит о том, что тогда алкогольные напитки были дороже. Цена на столовые вина и крепкие напитки в 2005 г. была на 20% ниже, чем в 1960 г.; пиво стоило дешевле на 10%, а крепленое вино – на 40%. За эти 45 лет выросла реальная заработная плата: сегодня люди зарабатывают достаточно, чтобы покупать бутылку водки в три раза чаще, чем они могли себе это позволить в 1960 г.

Учитывая эти исторические изменения, произошедшие с 1960 г., коснувшиеся и цен, доступности алкоголя и зарплат населения, следует ожидать значительного роста уровня потребления алкоголя. Официальная статистика потребления показывает увеличение показателя потребления с 3,5 л в 1960 г. до 6,4 л чистого спирта на душу населения в возрасте от 15 лет и выше. Иными словами, прирост составляет 85%. Также можно было ожидать соответствующий рост ущерба от потребления алкоголя, и рост озабоченности распространением пития в обществе. Однако этого не произошло. Политики и общество в целом склонны считать, что проблемы, связанные с потреблением алкоголя, были сильнее в прошлом.

Основная причина этого заключается в том, что на улицах стало меньше людей в нетрезвом состоянии. Современное норвежское государство всеобщего благосостояния может оказывать ал-

коголикам помощь лучше, чем 40–50 лет назад. Тяжело пьющих реже можно увидеть на рабочем месте или на улице, так как о них заботится целый ряд профессиональных учреждений. Таким образом, проблемы не обязательно ушли, и нельзя сказать, что количество людей, имеющих проблемы с алкоголем, уменьшилось. Просто они не так заметны, как раньше.

Другая причина распространенности представления, что раньше проблем с алкоголем было больше, когда, по сути, люди пили меньше, заключается в том, что изменились предпочтения. Люди все больше предпочитают вино крепким напиткам. Это в значительной мере объясняет рост уровня потребления. Водка несколько менее популярна. В 1977 г. зарегистрированный уровень потребления крепких напитков максимума, когда среднестатистический взрослый покупал 2,5 л чистого спирта в виде различных крепких напитков. К 2005 г. показатель снизился наполовину. За этот же период продажи вина выросли с 0,6 л чистого спирта до 2 л. Популярность пива также растет, потребление пива выросло с 2,7 л в этиловом эквиваленте до 3 л в 2005 г.

Потребление крепких напитков составляло 20% в общем потреблении алкоголя в 2005 г. и 43% – в 1977 г. Опросы 1979 г. и 2004 г. показывают, что доля крепких алкогольных напитков, включая нелегальные, снизилась с 44% в 1979 г. до 27% в 2004 г. Крепкие алкогольные напитки перестали занимать первое место в предпочтениях населения Норвегии.

Алкогольная политика Норвегии всегда отдавала предпочтение слабоалкогольным напиткам, так как основной вред, который приносит потребление алкоголя, связывают с крепкими алкогольными напитками. Один из способов изменить предпочтения людей – введение более высоких налогов на крепкие спиртные напитки, чем на пиво и вино. В 2006г. налог на один и тот же объем крепких алкогольных напитков был на 50 процентов выше, чем налог на такой же объем вина или пива средней крепости. Вплоть до 1990-х гг. магазинов, торгующих крепкими напитками, было намного меньше, чем тех, что продавали вино и пиво.

В настоящее время налогообложение алкогольной продукции – не единственная причина того, что у людей появились новые привычки и предпочтения относительно алкоголя. Такую же роль, особенно в 1970-е гг., сыграло увеличение поездок и туризма в страны Средиземноморья. Люди научились ценить вино, и оно постепенно стало предпочитаться крепким напиткам.

Рост популярности вина наблюдается не только в Норвегии. Аналогична ситуация в США и Ирландии, Великобритании и Скандинавии, в целом. По одной из версий, это связано с появлением у рабочего класса этих стран характерных черт буржуазии, в част-

ности любви к вину, которое всегда считалось атрибутом высшего класса (Hamran, Myrvang 1998).

Последняя причина популярности вина, которую мы упомянем, относится к привычкам женщин в потреблении алкоголя. Уровень потребления женщин в последнее время рос быстрее, чем мужчин. А так как женщины предпочитают пить вино, доля вина в общем потреблении соответственно растет.

Современная алкогольная политика Норвегии придает меньше значения ограничению доступности алкоголя и увеличению его стоимости. Однако необходимо помнить, что крепкое пиво, вино и крепкие напитки в настоящее время можно приобрести только в магазинах государственной монополии, что помогает ограничить доступность алкоголя, в отличие от розничной продажи в местных магазинах и супермаркетах. Налоги на алкогольную продукцию в Норвегии до сих пор одни из самых высоких в мире. Поэтому существование монополии и ценовая политика продолжают быть краеугольным камнем норвежской алкогольной политики.

Однако когда поддержка этих мер снизилась, возникла потребность в новых. Одним из наиболее перспективных направлений развития является создание в обществе определенных зон, свободных от алкоголя. Такие зоны уже существуют, например, на работе и автодорогах не пьют, и люди, в целом, относятся к этим правилам с уважением. Кроме того, свободные от алкоголя зоны разрабатываются и испытываются для беременных женщин, родителей с детьми и на спортивных мероприятиях. За исключением последнего случая, пробное введение свободных от алкоголя зон прошло успешно. Всем известно, что беременным женщинам, детям и подросткам не следует употреблять алкоголь.

Алкогольная политика Норвегии также характеризуется двумя другими чертами: полным запретом на рекламу алкоголя и постоянным информированием общества о вреде потребления спиртных напитков. Кроме того, существуют возрастные ограничения продажи алкоголя: приобретать вино и другие алкогольные напитки можно с 18 лет, а крепкие напитки – с 20 лет. Информационные кампании нацелены на потребление алкоголя чаще всего среди молодежи. Однако наиболее важный способ информационного воздействия – это постоянная работа с обществом, настраивание людей на осторожность при потреблении алкоголя. В конце концов, именно так можно добиться принятия алкогольной политики и заручиться поддержкой людей.

Отношение общества к основным мерам алкогольной политики Норвегии в 2004 г. показано в Табл. 1. За исключением повышения стоимости алкогольных напитков, в остальном люди поддерживают такую стратегию.

Табл. 1. Общественное мнение о некоторых мерах алкогольной политики в 2004 г.

	Слишком высокие	Допустимые	Слишком низкие
Повышение цен на алкоголь	70	27	3
Ограничение по возрасту: вино	3	88	9
Ограничение по возрасту: крепкие напитки	12	81	7
	Слишком строгая	**Допустимая**	**Слишком мягкая**
Алкогольная политика	7	64	29
	За	**Против**	
Запрет на рекламу	79	11	
Винмонополет осуществляет продажи только крепких напитков	82	18	
Винмонополет осуществляет продажи только вина	44	56	

В заключение можно сказать, что самый важный урок, который мы извлекли из опыта алкогольной политики Норвегии – это тот факт, что если нет общественной либо политической поддержки, какая бы ни была разработана политика, она не сработает. Норвегии повезло, так как у нее было сильное лобби в лице движения за умеренность, вместе с рабочим движение и Лоу Черч. Благодаря силе этого лобби алкоголь никогда не выпадал из политических дискуссий, по крайней мере, до 1960-х гг. С тех пор, несмотря на то, что численность движения уменьшилось, они все же сохранили связь с представителями политической власти и управления, и таким образом, проблема алкоголя остается актуальным вопросом. Кроме того, поддержка научным сообществом мер, традиционно продвигаемых трезвенническими движениями, привела к тому, что алкогольная политика Норвегии приобретала все более легитимный статус.

Урок опыта Норвегии заключается, на мой взгляд, в следующем: для успеха мер алкогольной политики они должны быть признаны разумными и легитимными обществом. Необходимо направлять общественное мнение и на местном, и на национальном уровне к тем мерам, которые, скорее всего, снизят потребление алкоголя.

Библиография

Brofoss K. 2002. An Outline of Norwegian Alcohol Policy. *Alcohol Policy – Epidemiology – Primary Health Care*. Oslo: Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research.

Bruun K. *et al*. 1975. *Alcohol Control Policies in Public Health Perspective*. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcohol Studies.

de Lindt J and W. Schmidt. 1968. The Distribution of Alcohol Consumption in Ontario. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 29: 968–973.

Edwards G., P. Anderson, T. F. Babor, S. Casswell, R. Ferrence, N. Giesbrecht, C. Godfrey, H. D. Holder, P. Lemmens, K. Mäkelä, L. T. Midanik, and T. Norström. 1994. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.

Mäkelä K. 1979. *Alkoholinkulutuksen jakautuma (The Distribution of Alcohol Consumption)*. Helsinki: Social Research Institute of Alcohol Studies.

Nemtsov A. 2000. Estimation of Total Alcohol Consumption in Russia, 1980–94. *Drug and Alcohol Dependence* 58: 133–142.

Nordlund S. 2003. Totalforbruksteorien og dens betydning for alkoholpolitikken (The Theory of Total Consumption and Its Relevance for Alcohol Policy). *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 123: 46–48.

Partanen J. 1993. Failures in Alcohol Policy: Lessons from Russia, Kenya, Truk and History. *Addiction* 88: 129–134.

Scheflo O. 1928. *Lenin som politiker og menneske*. Oslo: Aschehoug.

Skog O.-J. 1980. *Empiriske og teoretiske studier av alkoholkonsumets fordeling i befolkningen og de fordelingsgenererende mekanismer (Empirical and Theoretical Studies of the Distribution of Alcohol Consumption in a Population and its Generating Mechanisms)*. Oslo: Statens institutt for alkoholforskning.

Skog O.-J. 1991. Drinking and the Distribution of Alcohol Consumption. *Society, Culture and Drinking Patterns Reexamined* / Ed. by D. J. Pittmann and H. R. White, pp. 135–156. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

Tarschys D. 1993. The Success of a Failure: Gorbachev's Alcohol Policy, 1985–88. *Europe-Asia Studies* 45(1): 7–26.

Treml V. G. 1997. Soviet and Russian Statistics on Alcohol Consumption and Abuse. *Premature Death in the New Independent States* / Ed. by J. L. Bobsdilla, C. A. Costello, and F. Mitchell, pp. 220–238. Washington: National Academic Press.

Решение алкогольных проблем на местном уровне: результаты научных исследований о том, что работает

Марья Холмила

Введение

Работа на местном уровне по снижению проблем, связанных с алкоголем, имеют богатую, но недолгую историю. В данной статье представлен общий подход к профилактике проблем со здоровьем (см.: Treno, Holder 2004), несмотря на то, что алкогольная проблематика требует некоторой иной стратегии, чем та, которая используется в профилактике хронических заболеваний.

Ожидается, что в скандинавских странах алкогольная политика и профилактические меры будут реализовываться на местном уровне, так как международные соглашения о свободной торговле и об унификации акцизов на алкогольную продукцию в разных странах сокращают охват возможности применения традиционной алкогольной политики на национальном уровне. В последних обзорах по эффективности алкогольной политики рекомендованным подходом для местных сообществ является комбинация активности на местах с различными видами стратегий управления социальной средой, сфокусированных на доступности алкогольной продукции. *PAKKA* (проект местной алкогольной политики; см. www.pakka.fi) – это проект, который продолжает международную традицию исследований социально ориентированных мер по предотвращению вреда, связанного с алкоголем (см. напр.: Andréasson *et al*. 2000; Babor *et al*., 2003; Casswell *et al*. 1999; Giesbrecht *et al*. 1990, Holder *et al*. 1997; Holder 2000; Holmila 1997; Homel, Clark 1994; Treno, Holder 2004; Wagenaar *et al*. 2000; Wallin *et al*. 2003; Wallin *et al*. 2005). Проект *PAKKA* основан на стратегии комплексного вмешательства, позволяющей воздействовать на локальные социальные, экономические и физические условия, приводящие к рискованному употреблению алкоголя и потреблению алкоголя подростками.

Согласно финскому законодательству, официальные комиссии по алкогольному лицензированию отвечают за проверку соблюде-

ния продавцами алкогольных напитков правил торговли, включая запрет продажи лицам в состоянии алкогольного опьянения и несовершеннолетним. Если эти органы власти замечают невыполнение этих требований, они могут применить санкции: предупреждение, штраф, принудительное закрытие торговой точки на короткий срок или навсегда – в зависимости от того, насколько они находят нарушение серьезным.

В рамках проекта *PAKKA* мы призывали эти комиссии делать больше таких проверок, устраивая встречи с членами комиссий, демонстрируя им исследовательские данные, работая со СМИ для привлечения внимания к этой теме. В то же время все местное сообщество было вовлечено в обсуждение этой проблемы, прежде всего через СМИ, но также с помощью работы с небольшими группами, например сотрудниками муниципалитета, родителями и молодыми людьми. Это то, что мы называли подходом, сфокусированным на местном сообществе.

Сам факт, что владельцы и сотрудники ресторанов знали, что количество проверок увеличилось, влиял на поведение обслуживающего персонала и препятствовал продажам алкогольных напитков лицам в состоянии сильного опьянения. Проведение проекта *PAKKA* облегчило работу комиссий по лицензированию продаж алкоголя, поскольку проект изменил общественное мнение к алкогольному законодательству и его исполнению.

Эффективность проекта была измерена с помощью квазиэкспериментальной модели исследования. Цель данного исследования состоит в том, чтобы продемонстрировать новые или проверить уже существующие методы и идеи, а также в том, чтобы аккумулировать знания о тех мерах, которые показали себя успешными на основании предыдущих исследований.

В данной работе на конкретном примере *PAKKA* обсуждаются проблемы и способы их решения в связи с оценкой социально ориентированных проектов по профилактике. Подход, который применяется в *PAKKA*, адресован всем социальным субъектам и институтам, имеющим отношение к проблеме алкогольной политики. Конечная цель проекта – изменение социальных, экономических и физических условий на местах, приводящих к рискованному и подростковому употреблению алкоголя. Стратегия мер алкогольной политики представляет собой ряд параллельных скоординированных действий, нацеленных на ограничение доступности алкоголя для молодежи и в ситуациях, связанных с риском, и на изменение норм, регулирующих поведение, связанное с употреблением алкоголя. Проект направлен на изменения политики при помощи вовлечения лидеров сообщества в обсуждение проблем,

связанных с алкоголем и способов их решения. В конечном итоге на базе полученного опыта предполагается внести изменения, как на уровне сообщества, так и на уровне системы в целом.

Использование стратегий, ориентированных на сообщество, а не на индивида логически обусловлено. Во-первых, алкоголь в основном употребляется в определенном местном культурном и экономическом контексте. Такие характерные черты на местном уровне создают условия для употребления алкоголя и нормы, регулирующие его потребление. Употребление алкоголя напрямую определяется существующими социальными нормами и привычками населения. Во-вторых, основная часть затрат, связанных с алкоголем, ложится на плечи муниципальных властей, в обязанность которых входит предоставление медицинского и социального обслуживания людям, страдающим от алкогольной зависимости, близким тех, кто злоупотребляет алкоголем, а также всем, кто сталкивается с насилием, общественными беспорядками, несчастными случаями на дороге и экономическими потерями, связанными с алкоголем.

Стратегия, ориентированная на индивида, рассматривает местное сообщество в качестве места действия, в то время как в *подходе, ориентированном на внешнюю среду*, местное сообщество рассматривается как система (см. Holder 1998; Holmila 1997: 1–10). С точки зрения первого подхода, местное сообщество является совокупностью целевых групп, ведущих рискованный образ жизни. Такой подход нацелен на индивида, и стратегии воздействия, сфокусированы на тех, кто потребляет алкоголь и находится под медицинским наблюдением или отбывает наказание. При этом не предлагается никаких структурных изменений, и люди, не входящие в целевые группы, остаются незатронутыми. С другой стороны, *подход, ориентированный на внешнюю среду*, а точнее на местное сообщество, предполагает снижение проблем, связанных с алкоголем, с помощью изменений в структуре сообщества, так как проблема носит скорее системный, чем индивидуальный характер. Общий уровень риска снижается за счет вмешательства в процессы и структуры сообщества, влияющие на потребление алкоголя (см.: Casswell, Gillmore 1989; Holmila 1997; Wagenaar *et al.*, 2000).

Оценки профилактических мер также выявили эффективность подхода, при котором целевой группой является сообщество. Результатом мер алкогольной политики, направленных на местное население и регулирование физической и экономической доступности алкогольной продукции стало снижение вреда от потребления алкоголя (Babor *et al.* 2003; Hawks *et al.* 2003; Treno, Holder

2004; Wallin 2004). Несмотря на то, что образовательные и просветительские меры борьбы с алкогольными проблемами применяются часто, их воздействие на местное сообщество имеет ряд ограничений (Foxcrorft *et al.* 2003). Благодаря этим мерам, привлекается внимание к определенной проблеме, создается благоприятная атмосфера для изменений в алкогольной политике, однако они оказывают слабое влияние на заболевания, связанные с употреблением алкоголя.

Обзор ситуации в Финляндии

Изменения в алкогольной политике Финляндии, произошедшие в 2004 году, повлекшие снижение цен на алкогольную продукцию и увеличение уровня ее потребления и, соответственно, рост уровня заболеваний, связанных с алкоголем, являются продолжением структурных изменений в алкогольной политике Европейского Союза, начатых уже в 90-е годы (Österberg 2002; Karlsson *et al.* 2003: 80–81; Sulkunen *et al.* 2000). С 1995 года зона охвата алкогольной политики страны претерпела большие изменения. Следующие примеры иллюстрируют ситуацию: монополии на производство, импорт, экспорт и алкоголя были ликвидированы, два наиболее крупных пивоваренных завода были проданы иностранным компаниям, и новая, до сих пор формирующаяся административная структура, заняла место централизованной системы контроля за алкогольной продукцией. Оценка социальной целесообразности плотности размещения точек, торгующих алкогольной продукцией, перестала быть критерием для лицензирования спиртных напитков. Реклама алкоголя, с содержанием спирта менее 22% была разрешена, увеличилось количество магазинов и ресторанов, продающих алкогольную продукцию (Karlsson *et al.* 2003: 81). В тот период ряд общественных организаций также претерпели структурные изменения, в связи с тем, что в 80-е годы полуофициальные трезвеннические движения растворилось в общем движении за общественное здравоохранение (Warpenius 2002).

В Финляндии за профилактику употребления алкоголя и наркотиков на местном уровне отвечают муниципалитеты. В то же время, большая часть из них имеет небольшой размер, и, как следствие, не обладает ресурсами для такой профилактики. Для изменения ситуации был начат политический процесс, и в течение десяти лет ожидается среднее увеличение размеров муниципалитетов страны. Многие службы организованы в результате сотрудничества различных муниципалитетов.

Контроль *ALKO*, государственной монополии розничной продажи алкогольных напитков, осуществляется на государственном уровне. Реализация алкогольной продукции помимо *ALKO*, включающая продажу спиртных напитков с содержанием спирта менее 4,8% в магазинах и обслуживание в ресторанах и барах, контролируется районной администрацией. Муниципалитеты не могут контролировать ряд мест продажи алкогольной продукции. Также они не получают никаких средств от продаж лицензированной алкогольной продукции.

Учитывая исторически сложившиеся особенности местных трезвеннических движений и муниципальные комиссией по борьбе с алкоголем (Warpenius, Sutton 2000: 45-66), а также последствия отмены ряда функций государственной монополии на алкоголь *ALKO* в 1995 г., профилактика алкогольных проблем и наркомании в финских муниципалитетах в настоящее время недофинансирована. В то же время, структура и функции муниципалитетов также недоработаны (Alkoholiohjelma 2004: 117-120; Karlsson *et al.* 2003). Даже там, где муниципалитеты вместе с другими организациями вовлечены в различные мероприятия по профилактике на местном уровне, есть сильное ощущение нехватки ресурсов и недостаток разграничения обязанностей (Holmila *et al.* 2006).

Меры алкогольной политики на местном уровне

В текущей государственной программе алкогольной политики ("Alkoholiohjelma 2004-2007") на первом плане стоит работа на местном уровне. Проект *PAKKA* является частью национальной программы по снижению проблем, вызванных употреблением алкоголя и наркотиков. Таким образом, проект является инициативой, исходящей «сверху - вниз»: от национального правительства на локальный уровень.

Проект *PAKKA* реализуется в период с 2004 г. по 2008 г. в двух муниципалитетах Финляндии, в состав которых входят нескольких муниципалитетов. Меры алкогольной политики имеет три основные цели: 1) снижение числа случаев злоупотребления алкоголем и возникающих в связи с этим проблем; 2) снижение потребления алкоголя подростками; 3) разработка модели устойчивой структуры профилактики на местном уровне.

В целом, стратегия вмешательства включает три взаимосвязанных ключевых элемента: 1) мобилизация местного сообщества и изменение его алкогольной политики; 2) регулирование доступности алкоголя для молодежи, его потребления в молодежной среде

и связанных с этим проблем; 3) ответственный подход к продаже спиртных напитков и обслуживанию.

Целью проекта является профилактика рисков, связанных с потреблением алкоголя, а нелегальное потребление наркотиков в данном случае находится вне поля зрения. Оба муниципалитета, где реализуется проект, получили частично государственно финансирование, а частично – муниципальное. Финансирование исследований, а также экспертной помощи на уровне государства не вошло в эту сумму. План действий, в центре которого находится ограничение доступности алкоголя, был разработан совместно местными координаторами и их социальной сетью на местном уровне и специалистами по профилактики национального уровня. На всем протяжении реализации проекта стороны тесно сотрудничали и проводили регулярные совещания.

Практическая часть работы в обоих муниципалитетах началась в 2004 г., в каждом из них был выбран координатор на весь период реализации проекта. Координаторы в каждом из сообществ работали совместно с органами, отвечающими за выдачу лицензий, а также с полицией, представителями компаний, занимающихся поставкой и продажей алкогольной продукции, главами муниципалитетов, школами, работниками по профилактике и другими членами местного сообщества. В обоих муниципалитетах были выбраны советы, обеспечивающие поддержку действиям в рамках проекта, и работающие с конкретными задачами рабочие группы, основанные на существующих в местном сообществе связях. Члены сообщества разрабатывали такую стратегию вмешательства, которая не противоречила бы системному подходу. Вмешательство включало проверенные на практике действия, среди которых ответственный подход к программам тренинга в области продажи спиртных напитков в магазинах, барах, пабах и ресторанах; ужесточение закона, запрещающего продажу алкогольной продукции несовершеннолетним или людям, находящимся в состоянии опьянения; введение новых санкций и правил, регулирующих поведение в домашних условиях; кроме того, разработка стратегий поддержки в виде сообщений в СМИ и проведения различных мероприятий, например, безалкогольных мероприятий для молодежи или игровых образовательных программ для родителей на базе вечерних занятий в местных школах.

Срок реализации проекта истекает через два года. На данном этапе разработаны инструменты и технологии, выработано понимание, какие стратегии работают. В число таковых входит:

1. *Устойчивая структура местной алкогольной политики*

Наличие в структуре муниципалитета штатной должности координатора по профилактике на весь период реализации, который будет поддерживать взаимодействие с другими участниками, путем создания временных рабочих групп.

2. *Изменение общественного мнения по вопросам алкоголя*

Обсуждение алкогольной политики с лицами, ответственными за принятие решений, и с населением. Работа со СМИ, политическое лоббирование, внедрение вопросов алкогольной политики в образовательные программы на местном уровне (профессиональные школы, рабочие группы, форумы).

3. *Ответственный подход к продаже и распространению спиртных напитков*

Прививание ответственного отношения к продаже спиртных напитков в магазинах и обслуживанию ресторанах и барах с целью ограничения доступности алкогольной продукции для несовершеннолетних и лиц, находящихся в состоянии опьянения, с помощью образовательных и юридических мер, а также с помощью надзора, организованного по принципу взаимосвязанных циклов.

4. Семья и молодежь

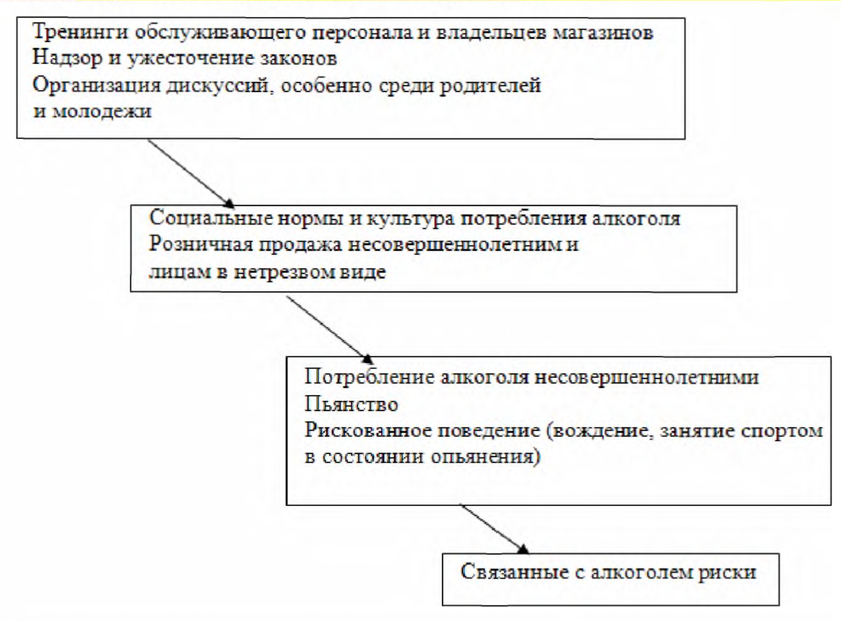
Взаимодействие с молодежью и их родителями в различных формах: организация на местном уровне мероприятий и дискуссий на тему доступности алкоголя в обществе и возникающих в связи с этим проблем.

Организация и основные направления проекта

Основное внимание в проекте *PAKKA* уделяется мерам на уровне местного сообщества. Следовательно, измерение эффективности реализации проекта должно быть основано на индикаторах социальной среды и системных изменений. Цель исследования – определить, достигнуты ли поставленные перед проектом задачи, и каким образом. Модель оценки проекта является квазиэкспериментальной. Данные до и после вмешательства собираются в двух муниципалитетах и сравниваются с данными двух контрольных зонах. По многим показателям результаты сравнивались с национальными данными. Эффект проекта измеряется по двум

типам показателей: по промежуточным и по окончательным результатам проекта (см. Рис. 1).

Рис. 1. Причинно-следственная модель *PAKKA*



Муниципалитеты для реализации проекта были выбраны неслучайно. Выбор происходил на основании наличия в них различных структур и рабочих групп, заинтересованных в подходе, ориентированном на внешнюю среду, а также большего размера населения (около 87 000 и 140 000 чел.), чтобы полученные результаты можно было адекватно оценить с помощью статистических методов.

В выбранных регионах уровень алкогольных проблем не выше среднего. Для контроля были выбраны муниципалитеты с соответствующими характеристиками. Исходная информация была получена в 2004 г., первые результаты – в 2006 г. Заключительный этап сбора данных после вмешательства намечен на 2008 г. Полученные данные были опубликованы (Holmila *et al*. 2005; Simonen, Tigerstedt 2006; Warpenius 2005).

Проблемы оценки эффективности воздействия

В действительности, трудно измерить эффект популяционных мер из-за многообразия действующих факторов. Считается, что методы позитивистской исследовательской парадигмы практически трудно, если вообще возможно применять в контексте анализа жизни сообщества. Для проведения методологически "правильного" исследования ученый должен попытаться учесть факторы, влияющие на валидность данных, такие как история сообщества, выбор и самопрезентация участников, наличие конкуренции, внедрение или предлагаемых мер и его имитация. Часто отчеты по профилактическим проектам избегают данной проблемы, концентрируясь на описании процесса и контекста работы (см.: Casswell 2000; Graham, Chandler-Coutts 2000; Treno, Holder 2004).

Несмотря на трудности, растет число квази-экспериментальной исследовательской литературы по профилактике потребления алкоголя на уровне местного сообщества. Однако большое значение имеет наличие информации о том, какие формы вмешательства снижают число связанных с алкоголем проблем в сообществе.

Предварительные результаты проекта *PAKKA*

Эффективность алкогольной политики на местном уровне была исследована при помощи следующих показателей:

- результаты контрольных закупок;
- опросы населения и школьников;
- экспертные интервью;
- официальная статистика показателей вреда, связанного с алкоголем;
- документация и анализ СМИ.

Контрольные закупки

Целью этого исследования была оценка воздействия проекта *PAKKA* на деятельность ресторанов: как часто рестораны продают алкогольные напитки пьяным посетителям, и способствовал ли *PAKKA* изменению этих практик.

Организация исследования включала замер до и после вмешательства в 2004 и 2006 годах в городе Ювяскюля (*Jyväskylä*) и контрольной зоне. В 2006 году также были собраны данные в городе Хямеэнлинна (*Hämeenlinna*).

В качестве метода был выбран **метод невидимого театра:** актер, притворяющийся явно пьяным, пытается купить пинту пива в баре. Комиссия специалистов отобрала наиболее убедительное и аккуратное изображение поведения пьяного. Контрольные закупки в ресторанах проводились вечером в пятницу и в субботу. Они были направлены на обслуживающий персонал, а не на охрану на входе. Исследователи наблюдали за закупкой и впоследствии заполняли формы, описывающие обстановку и контекст теста.

Критерии включения в исследование: заведения, имеющие лицензию обслуживать посетителей всеми типами алкогольных напитков, включая бары, пабы и ночные клубы (94 заведения в 2004 г. и 100 заведений, включая несколько ресторанов в 2006 г.).

В качестве метода анализа использовалась логистическая регрессия в *SPSS* (*Waldin test*).

Рис. 2. Процент отказов в городах, где происходило вмешательство и в контрольной зоне проведения вмешательства в 2004г. и 2006г.

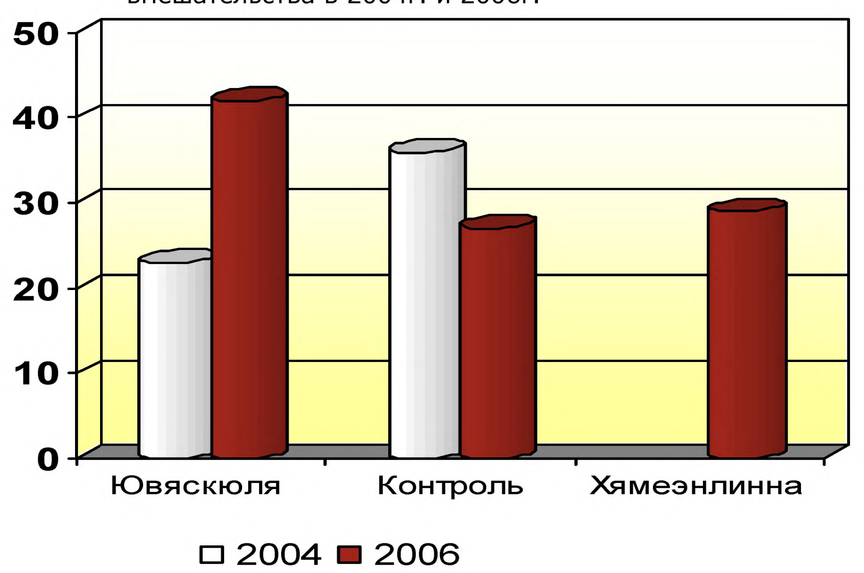


Рис. 3. Процент отказов в различных типах заведений, имеющих лицензию на обслуживание алкогольными напитками, в г. Ювяскюле

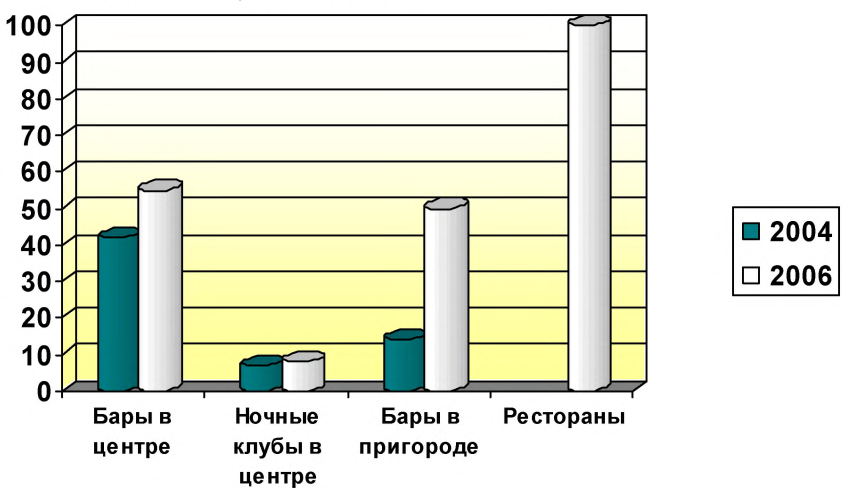


Рис. 4. Процент отказов в различных типах заведений, имеющих лицензию на обслуживание алкогольными напитками, в контрольной зоне

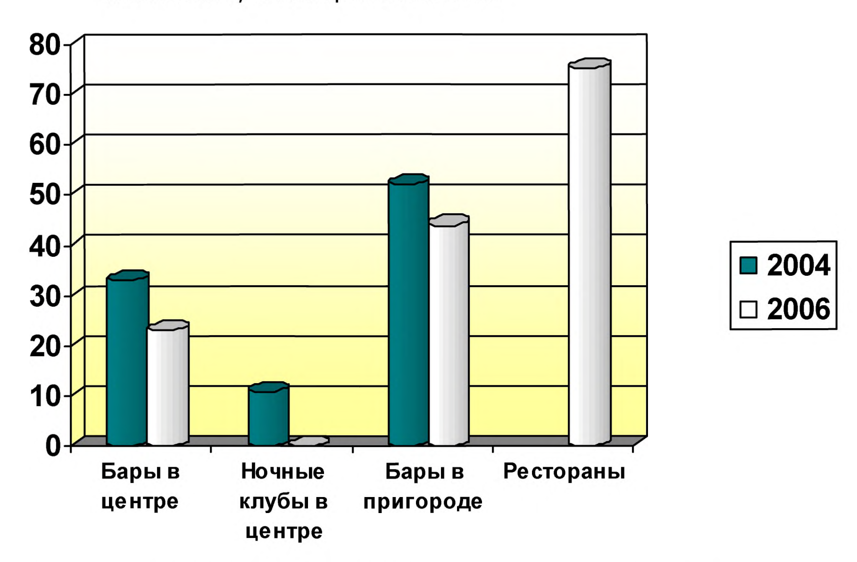
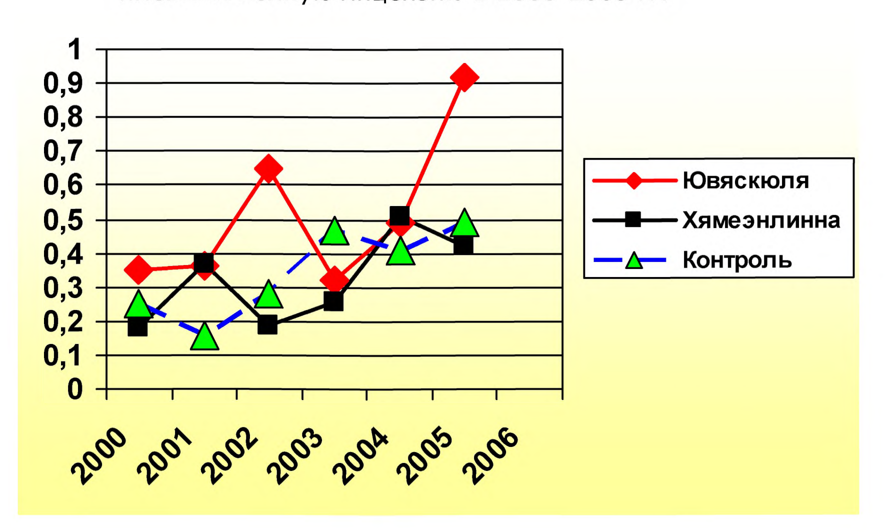


Рис. 5. Ужесточение закона в зоне проведения проекта и в контрольной зоне: результаты мониторинга заведений, имевших полную лицензию в 2000-2005 гг.



Исследование продажи алкогольных напитков несовершеннолетним методом контрольных закупок в магазинах, киосках, на автозаправках и магазинах государственной монополии *ALKO*

Целью данного исследования была оценка эффекта мер *РАККА* на выполнения законодательных ограничений продаж спиртного по возрасту: насколько легко несовершеннолетним приобрести алкоголь.

Организация исследования включала замер до и после вмешательства в 2004 и 2006 годах в городе Хямеэнлинна и контрольном регионе.

В качестве **метода** был выбран метод контрольных закупок. Закупки производились восемью совершеннолетними студентами, выглядящими моложе своих лет (четыре девушки и четыре юноши). Они пытались купить определенное количество вина, слабоалкогольных коктейлей, пива или сидра без предъявления удостоверяющих совершеннолетие документов. Студенты отбирались комиссией специалистов. Эксперимент проводился по средам и вторникам между 16.00 и 20.00. В последствие заполнялись формы. Эксперименты проводились под контролем исследователей.

Рис. 6. Процент отказов в г. Хямеэнлинна, сравнительные данные за 2004 и 2006 гг., покупка алкогольной продукции несовершеннолетними

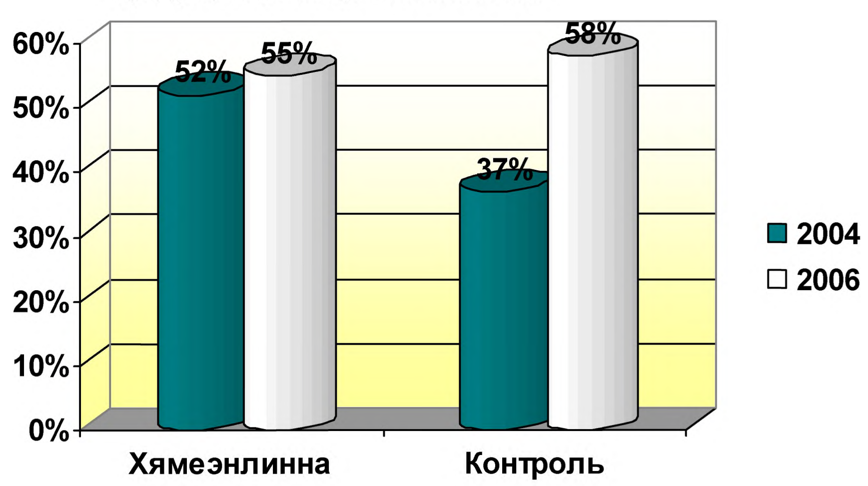


Рис. 7. Процент отказов в соответствии с местом продажи в г. Хямеэнлинна в 2004 и 2006 гг., покупка алкогольной продукции несовершеннолетними

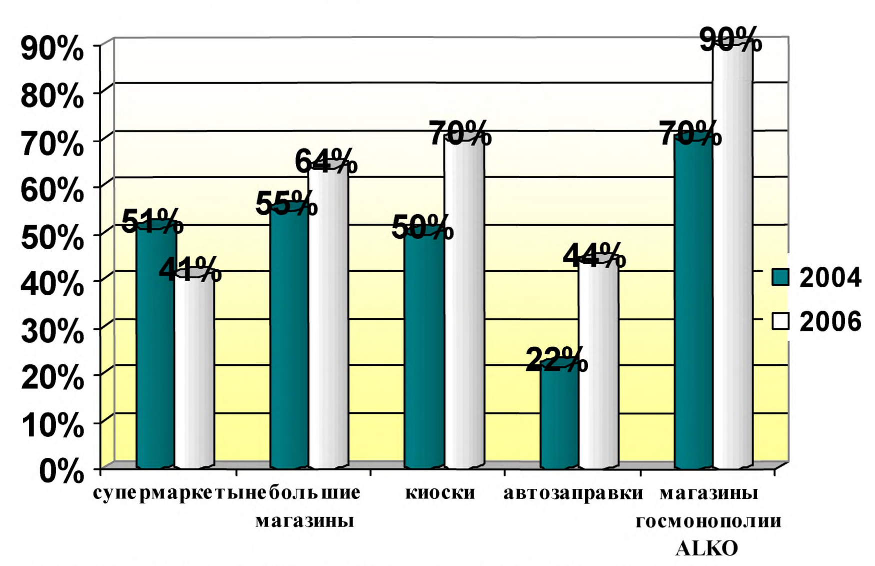
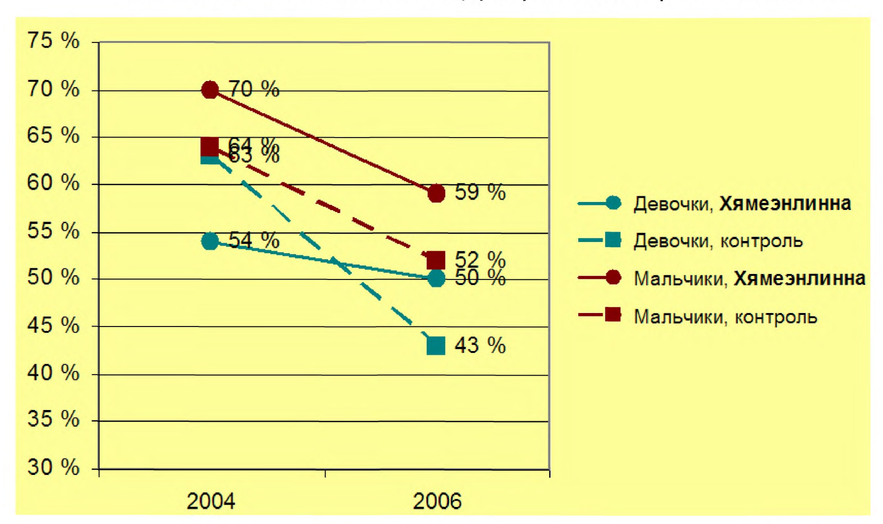


Рис. 8. Процент 15-тилетних, которые считали, что в г. Хямеэнлинна легко приобрести пиво. Сравнительные данные за 2004 и 2006 гг., результаты опросов в школах



Выводы по результатам исследования закупок несовершеннолетних

- Исполнение законодательства касательно ограничения продажи алкоголя по возрасту улучшилось и в г. Хямеэнлинна, и в контрольном регионе. Результаты опросов в школах Результаты опросов в школах подтверждают данные контрольных закупок.
- Возрастной контроль был наиболее эффективен в магазинах государственной монополии *ALKO*.
- Наиболее позитивные изменения между 2004 и 2006 годами произошли в небольших магазинах и киосках.
- Наиболее негативные изменения между 2004 и 2006 гг. имели место в супермаркетах г. Хямеэнлинна.

Библиография

Alkoholiohjelma 2004–2007. 2004. Alcohol Programme 2004–2007. Starting Points for Co-Operation in 2004. Helsinki: Edita Prima Oy.

Andréasson S., B. Lindewald, and C. Rehnman. 2000. Overserving Patrons in Licensed Premises in Stockholm Restaurants. *Addiction* 95: 359–363.

Babor T. *et al*. 2003. *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy.* Oxford Medical Publications. Oxford: Oxford University Press.

Casswell S. 2000. A Decade of Community Action Research. *Substance Use & Misuse,* 35 (1&2): 55–74.

Casswell S., and L. Gilmore. 1989. An Evaluated Community Action Project. *Journal of Studies on Alcohol* 50: 339–346.

Casswell S. *et al*. (eds.). 1999. *Kettil Bruun Society Thematic Meeting Fourth Symposium on Community Action Research and the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems.* Alcohol and Public Health Research Unit: University of Auckland, July 1999. Pp. 310–313.

Giesbrecht N., P. Conley, R. W. Denniston, L. Gliksman, H. Holder, A. Pederson, R. Room, and M. Shain. 1990. *Research, Action and the Community: Experiences in the Prevention of Alcohol and Other Drug Problems.* Rockville, Maryland: Department of Health and Human Services, Office for Substance Abuse Prevention.

Graha K., and M. Chandler-Coutts. 2000. Community Action Research: Who Does What to Whom and Why? Lessons Learned from Local Prevention Efforts (International Experiences). Action Research. *Substance Use & Misuse* 35 (1&2): 87–110.

Foxcroft D. R., D. Ireland, D. J. Lister-Sharp, G. Lowe and R. Breen. 2003. Long-Term Primary Prevention for Alcohol Misuse in Young People: a Systematic Review. *Addiction* 98: 397–411.

Hawks, D., K. Scott, N. McBride, P. Jones, and T. Stockwell. 2003. *Prevention of Psychoactive Substance Use.* Geneva: World Health Organiza-

tion. Mental Health: Evidence Research Development of Mental Health Substance Dependence.

Hibell B., B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnason, A. Kokkevi, and M. Morgan. 2000. *The 1999 ESPAD report. Alcohol and Other Drugs Use Among Students in 30 European Countries*, CAN.

Holder H., R. Saltz, J. Grube, A. Treno, R. Reynolds, R. Voas, and P. Gruenewald. 1997. Summing up: Lessons from a Comprehensive Community Prevention Trial. *Addiction* 92, Suppl. 12: 291–301.

Holder H. 1998. *Alcohol and the Community: A Systems Approach to Prevention.* Cambridge: Cambridge University Press.

Holder H. 2000. Community Prevention of Alcohol Problems. *Addictive Behaviours* 25 (6): 843–859.

Holder H., and R. Reynolds. 1998. Science and Alcohol Policy at the Local Level: a Respectful Partnership. *Addiction* 93(10): 1467–1473.

Holmila M. 1997. *Community Prevention of Alcohol Problems.* London: MacMillan and Geneneva, World Health Organization

Holmila M. 2001. The Changing Field of Preventing Alcohol and Drug Problems in Finland: Can Community-Based Work Be the Solution? *Contemporary Drug Problems* 28 (2): 203–221.

Holmila M., T. Karlsson, and K. Raitasalo. 2005. Minderårigas alkoholköp. *NAT, Nordisk alkohol-& narkotikatidskrift* 22 (5): 350–357.

Holmila M., K. Warpenius, and C. Tigerstedt. 2006. Current Status and Future of Local Alcohol Policy in Local Experts' Group Discussions. *Yhteiskuntapolitiikka* (in print).

Holme R., and J. Clark. 1994. The Prediction and Prevention of Violence in Pubs and Clubs. *Crime Prevention Studies* 3: 1–46.

Karlsson T., K. Mäkelä., C. Tigerstedt, and E. Österberg. 2003. Alkoholipolitiikka tuontirajoitusten poistuessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (1).

Österberg E. 2002. Alkoholipolitiikan murros 1990-luvulla. *Suomalaisten hyvinvointi 2002.* M. Heikkilä, and M.Kautto (eds.). Helsinki: STAKES, Gummerus Kirjapaino Oy. Pp. 230–249.

Simonen J., and C. Tigerstedt. 2006. Hellre till kompisar än till närstående". Solidaritetens betydelse då unga vuxna langar alkohol till minderåriga. *Nat, Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift* 23: 229–244.

Sulkunen P., C. Sutton, C. Tigerstedt, and K. Warpenius. 2000. *Broken spirits. Power and ideas in Nordic alcohol control.* NAD Publication No. 39, Helsinki: Hakapaino.

Terborg J. R. 1988. The Organization as a Context for Health Promotion. *The Social Psychology of Health* / Ed. by S. Spacapan and S. Oskamp. Newbury Park: Sage Publications. P. 129–174.

Treno A., and H. Holder. 2004. Prevention at the Local Level. *The Essential Handbook of Treatment and Prevention of Alcohol Problems* / Ed. by N. Heather and T. Stockwell. Chichester, West Sussex: John Wiley. P. 285–298.

Vedung E. 1997. *Public Policy and Program Evaluation.* New Jersey: Transaction Publishers.

Wallin E. 2004. *Responsible Beverage Service. Effects of a Community Action Project.* Stockholm: Karolinska Institutet.

Wallin E., T. Norström, and S. Andréasson. 2003. Alcohol Prevention Targeting Licensed Premises: A Study of Effects on Violence. *Journal of Studies on Alcohol* 64: 270–277.

Wallin E., and J. Gripenberg. 2005. Overserving at Licensed Premises in Stockholm: Effects of a Community Action p#rogram. *Journal of Studies on Alcohol* 66(6): 806–814.

Warpenius K., and C. Sutton. 2000. The Ideal of the Alcohol-Free Society. *Broken Spirits. Power and Ideas in Nordic Alcohol Control* / Ed. by P. Sulkunen *et al*. NAD Publication 39. Helsinki: Hakapaino. P. 45–66.

Warpenius K. 2002. *Kuka ottaisi vastuun? Ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilöverkoston perustamisen arviointi.* Stakes Reports 280. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Warpenius K. 2005. "Ett schort stop..." Skådespelare testar krogars serveringspraxis. *NAT, Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift* 22(6): 385–402.

Wagenaar A. C., D. M. Murray, I. P. Gehan, *et al.* **2000.** Communities Mobilizing for Change on Alcohol: Outcomes from a Randomized Community Trial. *Journal of Studies on Alcohol* 61: 85–94.

Мониторинг и профилактика потребления алкогольных напитков в системе образования

И. В. Понкин

Российская молодежь – это особая социальная группа, состояние, условия и особенности жизнедеятельности которой определяет вектор и качество будущего существования и развития российского общества и государства. Учитывая это, общество и государство должны особенно внимательно относиться к выявлению, оценке и минимизации угроз и рисков по данной возрастной социальной группе.

И одной из наиболее существенных угроз развитию России является угроза алкоголизации подростков и молодежи.

Как указывалось в Федеральной целевой программе «Дети России» на 2003–2006 годы, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 3 октября 2002 г. № 732, социальные и экономические проблемы в российском обществе на данном этапе развития существенно ослабили институт семьи, ее воздействие на воспитание детей. Результатом этого процесса является рост численности безнадзорных и беспризорных детей, увеличение распространения в детской и подростковой среде наркотиков и различных психотропных препаратов, алкоголя и, как следствие, увеличение числа правонарушений среди несовершеннолетних.

По данным экспертов, в среднем по России почти каждый второй опрошенный безнадзорный ребенок употребляет крепкие спиртные напитки. Наибольшее число положительно ответивших детей приходится на города-мегаполисы, где 59,5% опрошенных детей ответили утвердительно на вопрос об употреблении крепких спиртных напитков (Лебедев и др. 2002).

Вместе с тем, зачастую проблема употребления алкогольных напитков несовершеннолетними сводится исключительно к вопросу употребления алкогольных напитков безнадзорными подростками. Тогда как более широкая проблема – распространения потребления алкогольных напитков и пива среди детей молодежи в целом – остается недостаточно учтенной с точки зрения организации и проведения профилактических мер.

Проведенные в 1999 г. во Франции массовые исследования посредством анкетирования в колледжах и лицеях позволили выявить, что 86% учащихся потребляли спиртосодержащие напитки в своей жизни; 78% по крайней мере однажды в течение последних двенадцати месяцев и 61% по крайней мере однажды в течение последних тридцати дней. Среди тех, кто пробовал алкогольный напиток (потребление в течение жизни), 91% это потребили в течение последних двенадцати месяцев и 71% в течение последних тридцати дней. 88% юношей и 86% девушек пробовали алкогольные напитки по крайней мере однажды в своей жизни. Среди этих потребителей 75% мальчиков и 67% девушек употребляли алкоголь в течение последних тридцати дней (Choquet, Ledoux, Hassel 1999).

Подавляющее большинство (89%) молодых европейцев в возрасте 15–16 лет уже пробовало спиртные напитки по крайней мере однажды в жизни. Таким образом, алкогольные напитки занимают доминирующее положение среди психотропных веществ, потребляемых в Европе. В Чешской Республике, в Дании, в Греции, в Латвии, в Литве, в Словакии, в Эстонии, в Мальте, в России (Москва) и в Великобритании пропорции достигают, по крайней мере, 94%. У трех стран менее 80% тех, кто пробовал в этом возрасте алкогольные напитки: Португалия (78%), Исландия (79%) и Македония (69%). Во Франции – 85% подростков 15–16 лет, которые заявляют, пробовали алкоголь хотя бы раз в своей жизни. В среднем, 7% молодых европейцев употребляли спиртные напитки по крайней мере десять раз в течение последних тридцати дней. В десяти странах (среди которых Финляндия, Исландия, Норвегия, Швеция и Румыния) менее 5% 15-16 лет достигает этого уровня потребления, в то время как в пяти странах (Дания, Ирландия, Мальта, Великобритания и Нидерланды), эта пропорция утроена (по крайней мере 15%). Во Франции – 8% таких молодых людей. Во Франции 12% мальчиков и 5% девушек выпивали по крайней мере десять раз в течение последних тридцати дней. Более половины европейцев в возрасте 15–16 лет (61%) находились в состоянии сильного опьянения по крайней мере однажды в своей жизни. Эта доля особенно высока в Дании (89%), Финляндии, Гренландии, Великобритании, Чешской Республике, Литве и Ирландии (между 72 и 76%). Она заметно ниже лишь в Португалии (36%) и на Кипре (32%) (Choquet, Ledoux, Hassel 1999).

Во Франции в 2002 г. употребление алкогольных напитков в течение последних тридцати дней составляло среди девушек в возрасте 17 лет 78,9%, среди юношей – 85,1%. В этой стране в 2000–2003 гг., в среднем, лишь 14% девушек и 11% юношей 17-

летнего возраста не пробовали ни алкоголя, ни табака, ни наркотиков в течение последних тридцати дней до момента тестирования (Beck, Legleye, Spilka 2004).

В России, по неофициальным данным, к возрасту 15–17 лет регулярно употребляют алкогольные напитки 77% подростков. По данным 2002 года, в России 80,8% молодежи в возрасте 11–24 лет регулярно употребляли алкоголь, в сельской местности – свыше 90%.

Распространение алкоголизма среди подростков требует принятия экстренных мер по противодействию потреблению алкоголя и асоциальному поведению, вызванному систематическим его употреблением.

Среди наиболее важных мер можно выделить следующие[1]:

1. Система мониторинговых мероприятий[2].

1.1. Введение обязательного регулярного наркологического обследования старшеклассников общеобразовательных школ во время проведения плановых и внеплановых диспансеризаций с целью раннего выявления злоупотребляющих алкогольными напитками или склонных к такому злоупотреблению, для профилактической работы с ними и их родителями.

1.2. Введение тестирования старшеклассников общеобразовательных школ и студентов вузов. Такое тестирование может проводиться в виде анонимного анкетирования, например, по следующим позициям[3]:

Употреблял ли молодой человек или девушка алкогольные напитки или крепкие сорта пива в последние 30 дней (если да, то сколько раз – 1, от 2 до 5, свыше 5 раз)?

Употреблял ли молодой человек или девушка алкогольные напитки или крепкие сорта пива в последние 30 дней до полудня (если да, то сколько раз)?

Находился ли молодой человек или девушка в состоянии опьянения хотя бы раз в жизни? В течение 1 последнего года, в последние 30 дней?

Место первого опыта употребления алкогольных напитков?

Место (места) распития алкогольных напитков в последние 30 дней?

Место приобретения алкогольных напитков?

---

[1] Часть мер представлена в документе: Герасименко и др. 2006.

[2] Наиболее эффективно проводить такие мероприятия одновременно с выявление табакокурения и употребления наркотиков.

[3] По указанным позициям проводится анкетирование школьников во Франции. См.: Beck, Legleye, Spilka 2004.

Способ приобретения алкогольных напитков (для школьников): самостоятельно, опосредованно – через совершеннолетнего?

Каковы средние ежемесячные расходы (за последние полгода) на приобретение алкогольных напитков для собственного потребления?

Оценка учащимся употребления друзьями алкоголя?

1.3. Введение обязательного регулярного наркологического обследования и анонимного тестирования учащихся учреждений высшего и среднего профессионального образования с целью раннего выявления учащихся, злоупотребляющих алкогольными напитками или склонных к такому злоупотреблению, для профилактической работы с ними.

2. Реализуемые образовательными учреждениями меры по профилактике раннего употребления алкогольных напитков среди несовершеннолетних.

2.1. Разработка нормативных и методических материалов для реализации в образовательных учреждениях профилактики употребления алкогольных напитков несовершеннолетними (Инструкция по помощи учащимся из семей, имеющих проблемы с чрезмерным употреблением алкогольных напитков; Правила обращения с учащимися, находящимися в состоянии алкогольного опьянения, в образовательных учреждениях, в том числе интернатного типа, студенческих общежитиях и детских лагерях; и др.).

2.2. Осуществление образовательными учреждениями повседневной профилактической работы по предотвращению употребления несовершеннолетними алкогольных напитков, в том числе посредством духовно-нравственного воспитания учащихся, пропаганды здорового образа жизни, формирования антиалкогольных установок и критического отношения к раннему и чрезмерному употреблению алкогольных напитков.

2.3. Установление с 1 сентября 2008 г. обязательности отведения в рамках учебных курсов «Обществознание», «Биология», «Основы безопасности жизнедеятельности», «Граждановедение» и аналогичных курсов в общеобразовательных учреждениях (6–11 классы) не менее 2 часов учебного времени в течение учебного года на разъяснение учащимся опасности и последствий для организма человека чрезмерного употребления алкогольных напитков, а также пива и напитков, изготавливаемых на его основе. Организация системы повышения квалификации преподавательского состава по соответствующим предметам.

2.4. Законодательное установление обязанности Министерства образования и науки Российской Федерации ежегодно представлять Правительству Российской Федерации и Федеральному Соб-

ранию Российской Федерации доклад «О профилактике употребления алкогольных напитков, наркотических веществ и табакокурения среди учащихся общеобразовательных учреждений, учреждений среднего и высшего профессионального образования».

3. Работа с родителями.

3.1. Распространение среди родителей учащихся методических материалов по предотвращению употребления несовершеннолетними алкогольных напитков.

3.2. Привлечение родителей к организации и реализации школьных разъяснительных программ, в том числе программ по предотвращению алкоголизма, и формирование такого поведения членов семьи, которое способствовало бы предотвращению проблем, связанных с употреблением алкоголя.

3.3. Психологическая и информационно-консультативная помощь родителям детей, употребляющих алкоголь.

4. Развитие системы досуговых мероприятий для молодежи, обеспечение молодежи досуга и развлечений, не предполагающих и не допускающих употребление алкоголя.

5. Профессиональная подготовка психологов общеобразовательных школ, учреждений дополнительного образования, детских домов и приютов, подразделений по делам несовершеннолетних МВД России для оказания помощи детям, употребляющим алкогольные напитки, а также детям из семей алкоголиков.

6. Поддержка инициатив школьных ученических и студенческих советов по проведению собственных программ профилактики потребления алкоголя.

Библиография

Герасименко Н. Ф., Коротаев А. В., Кулаков В. Н., Понкин И. В., Халтурина Д. А., Ульянов А. С. 2006. *Программа первоочередных мер государственной политики в сфере производства, оборота и потребления алкоголя*. Проект (октябрь 2006 г.). М.: Общественный совет Центрального федерального округа. 2006.

Лебедев О. Е., Чепурных Е. Е., Майоров А. Н., Золотухина В. И. 2002. *Дети улицы. Образование и социальная адаптация безнадзорных детей*. М.: Интеллект-Центр.

Beck F., Legleye S., Spilka S. 2004. *Drogues à l' adolescence. Niveaux et contextes d'usage de cannabis, alcool, tabac et autres drogues à 17-18 ans en France – ESCAPAD 2003*. Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de préparation à la Défense, Octobre 2004.

Choquet M., Ledoux S., Hassler C. 1999. *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée*. Tome I . Paris: European School Survey Project on Alcohol and other Drugs.

Отчет о Международном семинаре «Антикризисный аспект демографических процессов: пути разработки эффективной алкогольной политики России (мировой опыт и российские реалии)»

1–2 марта 2007 г. в Москве в Российской академии государственной службы при Президенте РФ состоялся международный семинар «Антикризисный аспект демографических процессов: пути разработки эффективной алкогольной политики России (мировой опыт и российские реалии)».

Семинар был организован комитетом по охране здоровья Государственной Думы РФ, кафедрой организации социальных систем и антикризисного управления Российской академией государственной службы при Президенте РФ, Институтом демографии Государственного университета - Высшая школа экономики и Открытым институтом здоровья.

Открыл конференцию председатель Оргкомитета Семинара Николай Федорович Герасименко, председатель оргкомитета семинара, зам. пред. Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ, академик РАМН, заслуженный врач РФ, Игорь Нязбеевич Барциц, заместитель проректора по научной работе РАГС, и Евгений Вадимович Ройзман, депутат Государственной Думы РФ.

После этого состоялось *Пленарное заседание*, на котором с интереснейшими докладами выступили:

Робин Рум, директор школы здоровья населения, центр исследований алкогольной политики (Австралия) на тему: «Алкогольная политика: проблемы и вызовы в Европе и Северной Азии»,

Анатолий Григорьевич Вишневский, директор Института демографии Высшей школы экономики (Россия) на тему: «Россия перед демографическим выбором»,

Мартин МакКи, профессор европейского общественного здоровья, Лондонский университет (Великобритания) на тему: «Подходы к преодолению бремени проблем здоровья населения России: в чем необходимы изменения».

Во время семинара работало пять секций.

Первая секция под председательством Свена Андреассона и Эса Остерберга была посвящена перспективам применения международного опыта в российской алкогольной политике. С докладами выступили:

Свен Андреассон, Шведский институт общественного здоровья, координатор проекта (Швеция), сделал доклад на тему «Эффективная алкогольная политика: каковы возможности для России?»;

Эса Остерберг, профессор Национального центра исследований и разработок по здравоохранению и социальному обеспечению, профессор (Финляндия) подготовил сообщение на тему: «Эффективные вмешательства в сфере контроля и потребления алкоголя: какой урок может вынести Россия из опыта Северных стран?»;

Кирилл Дмитриевич Данишевский, Открытый институт здоровья населения (Россия) выступил с докладом на тему: «Меры, сработавшие в продвижении контроля табакокурения: уроки для борьбы со злоупотреблением алкоголем»;

Дарья Андреевна Халтурина, Российская академия государственной службы, кафедра организации социальных систем и антикризисного управления на сделала сообщение: «Будут ли работать общепризнанные меры алкогольной политики в России?».

Большой интерес у участников семинара вызвала работа *второй секции* «Алкогольная смертность в России» под председательством Владимира Михайловича Школьникова, Институт демографических исследований общества Макса Планка (Германия) выступившего с докладом на тему: «Алкоголь и изменение смертности в России». Затем с докладами выступили:

Александр Викентьевич Немцов, Московский НИИ психиатрии, руководитель отдела информатики и системных исследований (Россия) сделал доклад на тему: «Алкогольная смертность как показатель алкогольной ситуации в России, 1980-2006 г.»;

Матс Рамстедт и Йонса Ландберг, Центр социальных исследований по алкоголю и наркотикам, Стокгольмский университет (Швеция), сделали сообщение: «Потребление населением алкоголя и смертность в Восточной Европе в сравнении с Западной Европой»;

Андрей Викторович Подлазов, Институт прикладной математики РАН (Россия) выступил с сообщением: «Связь потребления алкоголя и продолжительность жизни в России и Европе».

Работу *третьей секции* «Социальные, социально-психологические и политические основания разработки алкогольной политики» возглавлял Ойвинд Хорверак. С докладами выступили:

Ойвинд Хорверак, Норвежский институт исследований по алкоголю и наркотикам (Норвегия) с докладом: «Некоторые обяза-

тельные условия для успеха алкогольной политики: опыт Норвегии»;

Алексей Валентинович Надеждин, Национальный научный центр наркологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (Россия), с докладом: «Клинические и социальные предпосылки введения института недобровольного лечения больных наркологического профиля в Российской Федерации».

Четвертая секция, под председательством Дэвида Леона и Марьи Холмилы, была посвящена обсуждению проблем и перспектив по борьбе с нарушениями в сфере производства и оборота алкоголя и потреблением суррогатов. С докладами выступили:

Дэвид Леон, Лондонский университет (Великобритания), на тему: «Смертность от суррогатов в России: что мы знаем об этом?»;

Владимир Павлович Нужный, Национальный научный центр наркологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Российский научно-исследовательский институт здоровья (Россия) на тему: «Нелегальный алкоголь в России. Сравнительная токсичность и влияние на здоровье населения»;

Евгений Викторович Маленкин, некоммерческая организация благотворительный фонд «Трезвый город» (Россия) на тему: «Борьба с суррогатами алкоголя: влияние общественной организации на отдельный взятый регион»;

Марья Холмила, Национальный центр исследований и разработок по здравоохранению и социальному обеспечению (Финляндия) на тему: «Решение алкогольных проблем на местном уровне: результаты научных исследований о том, что работает».

На *пятой секции* были обсуждены подходы и технологии по разработке современной алкогольной политики, председательствовал Стурла Нордлунд. С докладами выступили:

Игорь Владиславович Понкин, Российская академия государственной службы при Президенте РФ (Россия) на тему: «Мониторинг и профилактика потребления алкоголя в системе образования»;

Стурла Нордлунд, Норвежский институт исследований по алкоголю и наркотикам (Норвегия) на тему: «Алкогольная политика Северных стран: научные основания, эмпирические исследования и дальнейшие перспективы»;

Андрей Витальевич Коротаев, Российский государственный гуманитарный университет, факультет истории политологии и права (Россия) на тему: «Крепкие напитки как основная угроза развитию России и стратегии снижения их потребления».

Завершился семинар *круглым столом* «Пути разработки эффективной алкогольной политики России: мировой опыт т российские реалии»

Семинар Антикризисный аспект демографических процессов: пути разработки эффективной алкогольной политики России (мировой опыт и российские реалии)» стал одним из немногих крупных академических мероприятий, посвященных проблемам алкогольной политики. В ходе работы Семинара состоялся обмен состоялось обсуждение многих аспектов алкогольных проблем и перспектив разработки алкогольной политики в России. Проведение Семинара было поддержано Советом министров северных стран, научным фондов «Уэлком траст» и Открытым институтом здоровья.

Разработка эффективной алкогольной политики – магистральное направление решения социально-демографического кризиса России[1]

Н. Ф. Герасименко

Доброе утро, уважаемые дамы и господа!

Мы собрались на семинаре, тему которого – «Антикризисный аспект демографических процессов: пути разработки эффективной алкогольной политики России» – я считаю очень важной для России.

Я бы хотел поблагодарить всех участников семинара, особенно докладчиков, которые приехали к нам передать опыт эффективной алкогольной политики в тех странах, где она дала ощутимые результаты. От имени Государственной Думы РФ я хотел бы вас всех приветствовать и пожелать успешной работы на этом семинаре.

Что касается ситуации с потреблением алкоголя в России – точного количества потребляемого алкоголя не знает никто. Есть разные оценки. Официальные данные представляют цифру 10 литров безводного этилового спирта в год на душу населения. Буквально недавно главный государственный санитарный врач России Геннадий Григорьевич Онищенко впервые назвал цифру 14 литров. Эту же цифру, 14–15 литров, эксперты называли уже давно, не один раз. Я сам неоднократно называл эту цифру.

По структуре потребления учет также затруднен, поскольку в России довольно много алкоголя потребляется в виде различных суррогатов алкоголя, а также самогона, домашних настоек, домашнего вина.

Серьезную проблему представляют некоторые фармацевтические препараты, в частности настойка боярышника у нас лидирует в числе 10 наиболее продаваемых лекарств в России; есть аналогичная парфюмерная продукция и т.д. Все это с трудом поддается учету.

Касательно структуры потребления алкоголя, в России преобладает потребление крепких напитков, крепостью 40° и более. По оценке Всемирного Банка (Маркес и др. 2006), в виде крепких на-

---

[1] Доклад на открытии международного семинара «Антикризисный аспект демографических процессов: пути разработки эффективной алкогольной политики России (мировой опыт и российские реалии)».

питков в России потребляется 75% алкоголя. Буквально неделю назад, на конференции производителей алкогольной продукции приводилась цифра 60% крепких напитков, при этом на втором месте стоит потребление пива – 30%, т.е. суммарно у нас 90% потребления алкоголя составляют пиво и водка. У нас в России есть даже такая поговорка «водка без пива – деньги на ветер». И только 7% составляет потребление вина, и 3% составляет потребление слабоалкогольных тонизирующих напитков.

Если брать по полу, то особо остро проблема алкогольного вреда стоит перед российскими мужчинами. По статистике Минздравсоцразвития в России зарегистрировано 2 миллиона 348 тыс. больных алкоголизмом; по данным экспертов их реально 3,5 миллиона, некоторые даже считают, что в стране около 5 миллионов алкоголиков.

Соотношение мужчин и женщин среди алкоголиков, по оценкам специалистов, примерно 6 к 1. По оценке экспертов растет потребление алкоголя прежде всего среди молодежи 11–24 лет. Примерно 80% молодежи регулярно потребляют алкоголь, на селе – до 90%.

Алкоголь в России весьма доступен для населения, продается практически в любое время дня и ночи в шаговой доступности от места проживания и продается почти для любых возрастов. Цена алкоголя крайне низкая, у нас в среднем бутылка водки стоит около 3 долларов, если брать отношение цены крепких напитков к пиву, то у нас бутылка водки примерно равна трем бутылкам пива, а еще в 90-е годы было соотношение 1 к 10.

Серьезной акцизной политики тоже практически нет. Недавно прошла конференция производителей алкоголя, она была устроена производителями слабоалкогольной продукции. Там говорилось, что сейчас в России резко подняли акцизы по определенным категориям и уравняли разные виды напитков. У нас независимо от крепости напитка одинаковый акциз – 160 рублей на литр этилового спирта, что 40°, что 5°, что 17°. Нет совершенно никакого приоритета по акцизам для слабоалкогольных напитков, что затрудняет формирование благоприятной структуры потребления.

Одна из проблем алкогольной политики в стране заключается в том, что пиво в России не считается алкогольным напитком, а позиционируется как неалкогольный напиток. Отметил бы еще агрессивную рекламу пива в России. Однако если еще буквально два-три года назад она крутилась, можно сказать, круглосуточно по всем каналам, то сейчас мы запретили законодательно рекламу пива до 22 часов, и она идет уже только после десяти часов вечера. Запрещено использование в рекламе людей и животных, но есть еще реклама косвенная, а социальной рекламы и борьбы с чрезмерным потреблением пива нет.

Хотя у нас есть символ чрезмерного потребления пива. Помните пиво «Толстяк»? Актер Семечков везде рекламировал пиво как великолепный напиток, символ мужика. Так он, бедный, сейчас ве-

сит 180 кг и его просто спасают врачи, он уже не может двигаться, ему предстоит масса операций. Вот до чего довели актера, который просто рекламировал пиво. Об этом, кстати, никто не говорит, а у детей развивается пивной алкоголизм!

Самая главная проблема заключается в том, что высокая смертность в России во многом связана с чрезмерным потреблением алкоголя. До 1992 года в России умирало примерно 1 миллион 650 тысяч человек (например, в 1985 году). А в 1992 году была отменена государственная монополия на продажу и производство алкоголя, т.е. алкогольный рынок стал свободным, и смертность в России возросла примерно до 2 миллиона 300 тысяч в 1993 г., 1994 г. и в последующие годы.

В 2006 году, впервые начиная с 1994 года, смертность в России снизилась на 138 тысяч человек. Никто не ожидал такого снижения смертности. Сейчас по-разному пытаются это объяснить, пока нет четкого научного объяснения. Но предварительно, судя по тем группам заболеваний, для которых смертность снизилась наиболее существенно, можно сказать, что это снижение сильнее всего выражено для групп заболеваний и травм, связанных с потреблением алкоголя.

Уменьшилась на 12,5 тысяч прямая смертность от отравлений алкоголем и его суррогатами. В группе заболеваний, которые связаны с алкоголем косвенно – сердечно-сосудистая группа заболеваний, циррозы печени и т.д. Это очень серьезно.

Связано это, прежде всего, с тем, что в 2006 году Государственная Дума до некоторой степени вернула государственную монополию на производство спиртов; были ликвидированы многие заводы, из незаконного оборота исчезла т.н. «паленая» водка и это сказалось на потреблении алкоголя населением.

Необходимо отметить, что недостаточная разработанность алкогольной политики государством в России приводит к тому, что чрезмерно высокий уровень потребления алкоголя представляет реальную угрозу здоровью россиян, социально-экономическому развитию страны, правопорядку и демографическому развитию. У нас с 1992 года смертность превышает рождаемость примерно на 900 тысяч. Умирает ежегодно, в среднем, 2 миллиона 300 тысяч, а рождается 1 миллион 400 тысяч. Примерно 200 тысяч покрывает миграция, таким образом, мы теряем каждый год 700 тысяч человек. И второе – каждый год становятся инвалидами дополнительно 700 тысяч человек. Это чрезмерные потери.

Экономические потери оцениваются минимум 500–700 миллиардов рублей в год (Ржаницина и др. 2005), это почти 3% от ВВП. Экономические потери и вынужденные прямые затраты – это потери от ежегодной смертности избыточной 500–600 тысяч российских граждан, потери, обусловленные самоубийствами, убийствами. В России 320 тысяч человек в год умирают от травм, убийств, самоубийств, автодорожных, утоплений, повешений и т.д. Это у

нас вторая по численности категория смертности после смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Высоки потери государственного бюджета от незаконного оборота производства спирта и спиртосодержащей продукции. Значительна доля расходов на содержание системы учреждений исполнения наказаний. Следует учитывать и потери, связанные с асоциализацией, полным или частичным выключением из общества около 600 тыс. детей-сирот, в том числе «социальных сирот», покидающих свои семьи из-за пьянства и сопутствующего ему насилия и аморального поведения родителей.

Экономические потери России от злоупотребления населением алкоголем также включают прямые затраты на борьбу с беспризорностью и безнадзорностью детей и содержание «социальных сирот», а также потери, связанные с выплатой средств (пособий, страховых выплат и пр.) по медицинскому и социальному страхованию.

Следует также учитывать прямые затраты на содержание, лечение и социальную реабилитацию больных алкоголизмом и иными заболеваниями, обусловленными чрезмерным употреблением алкоголя. Существенны потери, связанные с рождением детей с врожденными или наследственными заболеваниями. Если алкоголизмом страдает одна мать, то примерно в 47% случаев уже у ребенка проявляется алкогольный синдром. Если оба родители – алкоголики, то вероятность развития алкогольного синдрома у ребенка составляет 62%.

Наконец, колоссальны потери производительности труда в результате травм. В России недавно были опубликованы следующие данные: за год случается примерно 200 тысяч производственных травм и около миллиона бытовых травм, около 6 тысяч человек погибает от травм на производстве. Во многом травмы связаны с алкоголем.

Поэтому для России проблема алкоголизации страны, проблема выработки алкогольной политики исключительно важна. К сожалению, мы не можем похвастаться реальными успехами в борьбе за здоровый образ жизни, у нас практически нет серьезной программы распространения здорового образа жизни, в средствах массовой информации, особенно, электронных, скорее навязывается нам нездоровый образ жизни.

Везде идет косвенная реклама алкоголя, во всех фильмах показывают, как пьют, и формируют образ успешного человека, который много курит и много пьет. Это успешный человек по-российски.

Во всех фильмах актеры пьют, в театре – тоже пьют. К сожалению, в этом плане интеллигенция у нас не выступает за здоровый образ жизни. Когда показывают, допустим, юбилей театра «Современник», на сцене все пьют водку. Когда показывают фильмы – что про милиционеров, что про другие силовые структуры – создается впечатление, что с утра до вечера там все время пьют

водку. Первый канал, поскольку он закуплен маркой *Nemiroff*, рекламирует все время *Nemiroff*, другие каналы рекламируют другие алкогольные напитки.

Проблема очень тяжелая. Серьезной алкогольной политики, которая была бы озвучена и реально действовала бы, в России до сих пор не существует. Поэтому очень важно выработать современные подходы и внимательно посмотреть на те страны, где успешно идет, так сказать, борьба с северным типом потребления алкоголя. Есть пример скандинавских стран, есть успехи в Польше.

Мы очень рады будем выслушать ваши рекомендации, чтобы потом использовать все это в России, потому что проблема действительно для России крайне остра. Хочу еще раз сказать спасибо всем нашим гостям, которые сюда приехали.

Библиография

Маркес П. В., Цюрке М., Рокко Л., МакКи М., Леон Д., Фаррингтон Дж., Носиков А., Лаатикайнен Т., Данишевский К., Бакилана А.-М., Логинова Т., де Гейнд В., Фрид Э., Лагебрюннер Дж. К., Си Дж., Гоним А. 2006. *Рано умирать. Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения.* Вашингтон – Москва: Всемирный банк – Издательство «Алекс».

Ржаницина Л. С., Беклемищева О. А., Бессолова О. А., Брюн Е. А., Гериш А. А., Дубко Т. Н., Кравченко Е. В., Кругляк Л. А., Ольшанская О. В. 2005. *Трезвая экономика. (Экономическая модель противодействия алко- и наркозависимости).* М.: Солтекс.

WHO (World Health Organization). 2004. *Global Status Report: Alcohol Policy*. Geneva: World Health Organization.

Если работать, то все получится[1]

Е. В. Ройзман

Я расскажу об одном из аспектов борьбы с потреблением алкоголя. Про Фонд «Город без наркотиков», наверное, многие слышали – в свое время мы подняли просто восстание против наркоторговцев. Это было обычное народное восстание. Потом мы ввели сопротивление в цивилизованное русло и сумели в разы уменьшить наркотическую смертность – у нас уже в течение пяти лет от наркотиков не умер ни один подросток. Я считаю, что смертность – это основной критерий, основной показатель наркоситуации в регионе, другие показатели размыты.

А в 2005 году у меня шел обычный прием населения, пришли два парня и говорят: «Мы хотим бороться с алкоголем». Я говорю: «Парни, вы кто такие?» – «Так мы бывшие алкоголики, сейчас хотим побороться». Я говорю: «Парни, что вы считаете для себя самым важным?» Они говорят: «Борьбу с паленой водкой, борьбу с суррогатами» И что-то мне не дало их просто отправить, я почему-то сам за них зацепился, вижу – «глаза горят», они понимают, что происходит. Я говорю: «Ну, давайте попробуем».

И они начали по фондовской технологии: поставили пейджер, назвали емким и жестким словом «суррогат», раскачали его на всю область, и его бесплатно стали рекламировать телеканалы. И все население могло сбрасывать туда информацию, где торгуют суррогатами. Пейджер просто до красна раскалился, очень много сообщений – начали смотреть, работать по точкам.

У нашей организации есть еще один огромный плюс – нет никакой иерархии, т.е. ее члены не обязаны докладывать начальству, согласовывать мнения и т.д. Они что видят, то и говорят. На честную общественную организацию давить невозможно.

Сразу же с чем столкнулись – торговли суррогатами не бывает без участия милиции. Это просто аксиома такая, в одних случаях это прямое покровительство, а в некоторых – попустительство. А оптовой торговли суррогатами просто не бывает без милиции. Это чтобы ни у кого не было иллюзий.

---

[1] Выступление на открытии международного семинара «Антикризисный аспект демографических процессов: пути разработки эффективной алкогольной политики России (мировой опыт и российские реалии)».

И еще один очень важный момент. Почему суррогатами торгуют безнаказанно? Дело в том, что практически никогда в этих делах нет потерпевших. Это когда человека убили, будут ходить родственники и смотреть, чтобы дело было доведено до суда. Если что-то украли, будут следить, чтобы все попало в суд, чтобы все вернули. А здесь – потерпевших нет, и в то же время потерпевшие – все мы, наша страна, и роль общественных организаций в том, что они представляют всех нас.

Когда мы обнаружили несколько тысяч сообщений о том, что по всему городу безнаказанно торгуют суррогатами, я сделал запрос в Генеральную прокуратуру, сказал об этом, о том, что у нас сумасшедшая смертность от суррогатов, что милиция не принимает мер. У нас очень жесткий окружной прокурор Юрий Михайлович Золотов, в результате начался замечательный разбор полетов, появилась куча дисциплинарных взысканий. Подняли все дела по суррогатам, которые возбуждались и не были доведены до конца, и выяснилось, что бо́льшую часть из них до конца довести можно – и все виновные были наказаны. В конце концов, к нам приехали сотрудники милиции и говорят: «Парни, ну что ж вы так жестоко нас наказали, ну давайте работать». Мы говорим: «Давайте». И начали работать.

Выяснили следующее: в Екатеринбурге и Свердловской области практически всю торговлю осуществляют этнические группировки (по области, в основном, эту работу контролируют азербайджанцы), и это ни для кого не секрет.

Начали работать. Сначала долбили точки, причем очень жестоко. Вели съемку, давали в эфир. Эти кадры видела вся область – страна должна знать своих «героев». Попадали в эфир те, кто в очереди стоял, кто покупал; кто вдруг умудрялся отпустить преступников и не довести дело до конца, тоже попадали в эфир, т.е. такое очень мощное создали общественное давление.

Парни пришли ко мне в апреле 2005, а к концу года мы посмотрели, посчитали, получили данные, и вдруг выяснилось, что смертность у нас упала на 400 человек. У нас в области умирало 2 тысячи мужиков каждый год и вдруг обнаружилось, что в этот год умерло 1 тысяча 600. Было проведено порядка 100 операций, выяснили 2 основных потока поступления: первый – это Лобненский гидролизный завод поставлял гидролизный спирт, который потом разливали и т.д. и второй путь – из Северной Осетии шла просто водка. Кстати один раз перехватили 58 тонн спирта из Северной Осетии, с Северного Кавказа.

Плюс аптеки. По аптекам, полностью согласен с коллегой, проблема огромная, у нас основные смерти шли от антисептина, антисептин нам поставляла Москва в 100-граммовых бутылках, которые

мог купить даже ребенок. Это очень продаваемый продукт был. Я сам работал против антисептина. Мы договорились, послали 13-летнего парня, он раз пошел купил антисептин под запись, другой раз купил, третий раз купил, мы все кадры дали в прокуратуру, написали в Роспотребнадзор и эту торговлю антисептином задушили разом на территории области. Вы не представляете, что началось! Шквал звонков из Москвы, бывшие сотрудники правоохранительных органов голосили, ругались, обзывались, говорили, что будут штрафы, санкции, что разгонят, разгромят... Тем не менее, мы довели дело до конца и все – в Свердловской области антисептина нет, мы задушили полностью эту торговлю.

А на Русском Севере, где просто население спивается, я столкнулся с тем, что торгуют в маленьких флакончиках 95° спиртом, а названия очень ласковые: «Трояр», «Кирюша», «Три богатыря», т.е. мало того, что торгуют, добавляется еще и элемент глумления. Сначала продают флакончики по 24 рубля, когда основная часть населения вышибается и снижается покупательная способность, их разливают во флакончики по 12 рублей, я полагаю, что потом будут по 6. Вот это то, что я видел своими глазами.

Еще столкнулись с тем, что законодательство не совершенно. Точки за продажу суррогатов можно преследовать только пользуясь статьей 238 УК – это продажа населению продуктов, не соответствующих требованиям безопасности. Делается закупка, если экспертиза обнаружила денатурирующую добавку, причем все настроены только на диметилфтолат, все, можно возбуждать уголовное дело и с еще одной закупкой закрывать. В основном просто штрафуют. Плюс статья 171 по незаконному предпринимательству, но там на закупку надо 200 тысяч рублей. Ни у одного райотдела в России на закупку таких денег не найдется.

Момент, который очень сильно нас задел. Мы, пожалуй, единственная страна, где подростки никак и ничем не защищены. У нас подросткам можно продавать алкоголь и за это никому ничего не будет. Лишать лицензии очень долго, а граждане (то есть продавцы) вообще за продажу алкоголя несовершеннолетним ответственности не несут. Вот просто говорю всем как профессионалам, я внес законопроект об усилении ответственности за сбыт алкоголя несовершеннолетним вплоть до уголовной; кстати, Комитет по здравоохранению меня здесь поддержал, за что огромное спасибо. Ни по одному законопроекту я не встречал такого сопротивления. Все отзывы до единого были отрицательными и немотивированными. А в кулуарах сказали – «сюда нельзя лезть, слишком большой сегмент алкогольного рынка замкнут на несовершеннолетних». Это все пиво, это жестянка вся, джин-тоник, отвертка, то, от чего печень от-

валивается, и все остальное. Сумасшедшее сопротивление, сейчас попробуем другим путем пойти, и еще Андрей Самошин и Александр Лебедев внесли альтернативный законопроект, им тоже его завесили почему-то на июль. Но мы будем там сопротивляться, может быть, что-то получится.

Так вот, по 2006 году еще удалось снизить смертность почти на 400 человек. Два года работали: первый год на 400 человек смертность понизили, второй раз – от этой отметки еще на 400, т.е. на 800. Полтора года реальной работы пяти человек, причем одновременно работало не больше трех, – и добились результатов, что на 1200 человек в области умерло меньше, ну плюс там депутатский ресурс и так далее. Они вышли из трезвеннической организации В. А. Дружинина, работали с фондом имени Г. А. Шичко, но при этом это самые простые парни. Договорились, нашли честных сотрудников милиции, в основном, это БПРовцы (сотрудники Отделов по борьбе с преступлениями на потребительском рынке), иногда ОБЭПовцы, и договорились с ГАИшниками. Потому что потом начали уже просто фуры останавливать по 20–25 тонн. Их, как правило, сопровождают действующие сотрудники милиции, и самое обидное (вот где понадобился уже мой депутатский ресурс): после того, как этот груз загоняют во двор райотдела и возбуждается уголовное дело, за ним надо внимательно следить, потому что его тут же отдают под любым предлогом, ночью воровски выкатывают КАМАЗ и отдают. И нам удалось один раз поймать такой КАМАЗ, который выкатили с Верх-Исетского райотдела, угнали в село Никольское и там разливали. Там очень мощная азербайджанская группировка Ибадова-Гамбарова, нам все-таки удалось ее добить, по ним сегодня суд начался.

Но в самом «Трезвом городе» всего несколько человек, это маленькая общественная организация. Все мы работаем на свои деньги, просто достаем из кармана, делимся. Нет никакого бюджета и нет никакой поддержки властей. Если всерьез работать, по стране элементарно ситуацию переломить в течение года-двух. Я полностью согласен с коллегой Николаем Федоровичем Герасименко – требуется четкая позиция государства. У нас позиция государства, на мой взгляд, очень расплывчатая и, скажу честно, ханжеская. А если работать, то все получится.

Проблемы контроля табакокурения и злоупотребления алкоголем: меры и подходы

К. Д. Данишевский

При выборе стратегии для контроля над табакокурением и злоупотреблением алкоголем необходимо понимать, что эти две проблемы, по крайней мере, в России и других восточноевропейских странах весьма похожи.

Общие черты табака и алкоголя включают следующее:

- оба продукта можно отнести к категории легальных «наркотиков», характеризующихся массовым употреблением;
- оба продукта продвигаются мощной индустрией, эффективно лоббирующей свои интересы;
- у курящих и «выпивающих» необъективные взгляды на проблему;
- в отношении обоих продуктов существует множество мифов, например, что пить - это «чисто русское», миф о «российском табачном» бизнесе (в России не выращивается табачный лист и почти все производство принадлежит транснациональным компаниям);
- оба продукта среди главных «убийц»: курение убивает примерено 330 тысяч человек ежегодно в России (Peto *et al.* 2007), алкоголь по разным оценкам 350–700 тысяч (Leon *et al*. 2007);
- существует влияние на третьих лиц: курение – влияет на окружающих, но только тех, кто вдыхает дым, в то же время, пьяные могут представлять опасность для окружающих в силу неадекватного контроля своих действий;
- оба продукта негативно влияют на экономику, вызывая преждевременную смертность и нетрудоспособность; кроме того:
  - алкоголь приводит к снижению трудового потенциала людей за счет неспособности выполнять работу, находясь под его воздействием;
  - сигареты сокращают рабочий день за счет перекуров;
- наконец, обе проблемы игнорируются государством.

Однако есть и важные различия:

- алкоголь, вероятно, в малых количествах полезен для сердечно-сосудистой системы лиц старше 45 лет, а табак – яд в любых дозах;
- существует условно безопасное употребление алкоголя, но не существует безопасного курения;
- отношение к трезвенникам в российском обществе еще хуже, чем к некурящим;
- поскольку вред пассивного курения российским гражданам неизвестен, вряд ли удастся добиться поддержки широкой общественностью мер по борьбе с курением, в то же время жены, дети и родители лиц, злоупотребляющих алкоголем, потенциально представляют политическую силу, на которую можно опереться в борьбе со злоупотреблением алкоголем;
- транснациональные табачные компании более цивилизованны и, скорее всего, будут судиться с теми, кто выступает за контроль табакокурения; производители же алкоголя, особенно водки и суррогатов, потенциально «менее цивилизованные» и могут прибегать к более криминальным методам устранения борцов со злоупотреблением алкоголем;
- влияние алкоголя на здоровье менее латентно, то есть при снижении потребления смертность снижается быстро, а при снижении потребления табака эффекты наступают медленнее;
- курильщики, даже воинствующие, в основном хотели бы бросить курить, но далеко не все пьяницы хотят снизить потребление алкоголя;
- алкоголь, в каких-то количествах употребляют почти все, в то время как по фактору курения люди делятся дихотомически.

При планировании действий по контролю табакокурения и злоупотребления алкоголем, необходимо выделять меры, подходы и дать определение слову «государство». Под «мерами» – здесь предлагается понимать предпринятые на федеральном или региональном уровне законодательные и нормативные акты и проекты. Под «подходами» имеются в виду действия, которые должны делать исследователи, активисты, граждане, чтобы «государство» приняло «меры». Наконец, под «государством» в данном документе понимается исполнительная и законодательная власть.

Меры

Выделяют четыре основные группы мер, направленных на контроль табакокурения (WHO 2007):

- ограничение спроса;
- ограничение предложений;
- защита от пассивного курения (курящих и некурящих);
- денормализация.

При этом меры, которые работают для контроля табакокурения, включают:
- повышение налогообложения, приводящее к повышению цен (снижение доступности по цене);
- борьба с контрафактом / контрабандой;
- ограничение доступности по возрасту, месту, времени;
- ограничение возможностей употребления (в общественных местах);
- полный запрет рекламы, особенно косвенной;
- денормализация курения;
- озлобление лояльных клиентов против индустрии, рассекречивание и объяснение маркетинговых ходов и иных циничных действий;
- судебное преследование табачных компаний.

Меры, которые имеют ограниченную эффективность, включают:
- объяснение вреда населению;
- лечение уже зависимых от никотина;
- частичные запреты рекламы, например, без запрета *product placement*, то есть размещения табачных изделий в кинофильмах;
- демонстрация поврежденных органов (например, печени алкоголиков и легких курильщиков) с целью устрашения.

Любимые меры табачной индустрии, это те меры, которые вообще не работают или дают обратный эффект:
- работа с подростками и детьми, по типу «твой выбор», «курение – выбор взрослого человека» и т.д.;
- работа с продавцами, с тем чтобы исключить продажу несовершеннолетним;
- спонсирование спортивных и культурных мероприятий табачной и алкогольной индустрией;
- конкурсы и шарады для детей в школах по поводу алкоголя и табака;
- программы наподобие «брось курить и выиграй»;
- научные дискуссии о степени вреда наносимого алкоголем и табаком;
- ответственное поведение отрасли, кодекс индустрии;

– борьба с суррогатами (подделками) работает особенно плохо для табачной отрасли.

Подходы

Точно не работает, когда исследователи и активисты собираются и рассказывают о том, какая плохая индустрия, и какой вред здоровью наносит потребление алкоголя и табака.

Возможно работает:

- общение со СМИ;
- работа с большим количеством представителей государственной власти;
- шествия и митинги маловероятны (организовать можно, но малоэффективно);
- нужно много лидеров и выскочек, чтобы индустрия не могла воздействовать на всех сразу!

Государство

Для России характерны некоторые проблемы, затрудняющие работу по борьбе с курением и злоупотреблением алкоголем:

- коррупция;
- ориентация на рост ВВП, а не на приоритеты здоровья;
- боязнь ограничительных мер, как недемократических;
- коммунитарность общества и традиции обвинения жертв (сами виноваты);
- боязнь связываться, особенно в случае с алкоголем, после неудач предыдущих попыток, в частности горбачевской антиалкогольной кампании.

Таким образом, подходы к борьбе с алкогольным и табачным вредом одинаковы, реальной работающие меры схожи, так же как и недостатки государственного управления в России, препятствующие эффективному решению этих проблем.

Табл. 1. Эффективные меры и цели в работе по снижению табачного и алкогольного вреда

Табак	**Алкоголь**
Эффективные меры: • Цены (Налоги) • Запрет курения в общественных местах • Ограничение продаж • Запрет рекламы • Суды!	Эффективные меры: • Цены (Налоги) • Борьба с суррогатами • Ограничение продаж • Запрет рекламы • «Снижение вреда», в форме перевода на более слабые алкогольные напитки
Цель работы: • **Денормализация курения**	Цель работы: • **Формирование культуры употребления**

Выводы: что необходимо делать общественности в первую очередь

Необходимо вести активную работу со СМИ. Возможны такие подходы, как проведение пресс-конференций, круглых столов, тренингов, подготовка пресс-релизов, материалов, совместных статей, интервью, консультирование журналистов.

Также необходима работа с политиками: проведение конференций, тренингов, написание для них докладов, рассылка писем, работа и давление через СМИ, развитие политически выгодных лозунгов и программ.

Работа с бизнес-сообществом может включать: работу в и через регионы присутствия, развитие социальной ответственности, нахождение экономически эффективных вариантов работы. Наконец, работа с богатыми меценатами и публичными персонами, может строиться на общении с пострадавшими от курения и злоупотребления алкоголем и их родственниками.

Библиография

Leon D. A., L. Chenet, V. M. Shkolnikov, S. Zakharov, J. Shapiro, G. Rakhmanova, S. Vassin, and M. McKee. 1997. Huge Variation in Russian Federation Mortality Rates 1984–1994: Artefact, Alcohol or What? *Lancet* 350: 383–388.

Peto R., A. Lopez, J. Boreham, and M. Thun. 2007. *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000 (2nd edition)*(http://www.deathsfromsmoking.net/countries.html). Cited on 2.12.07.

WHO = World Health Organization. 2007. *Framework Convention on Tobacco Control. Open-ended Intergovernmental Working Group* (http://www.who.int/gb/fctc/E/E_Index.htm).

Опыт гражданского общества в решении проблемы злоупотребления алкоголем в Российской Федерации: деятельность Российской ассоциации общественного здоровья

А. К. Дёмин, И. А. Дёмина

Эпидемия злоупотребления алкоголем, поразившая страну, начиная с 1960-х гг. и обострившаяся после 1987 г. – наша национальная трагедия, угроза безопасности личности, общества и государства в России. Ее масштабы огромны. Государство и общество практически не контролируют ее развитие. Относительно недавно в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации обсуждалось законодательство, предусматривающее меры, направленные на вывод отдельных районов из положения чрезвычайной ситуации, вызванного алкоголизацией.

Ежегодно в России задерживают на улицах и в общественных местах миллионы пьяных лиц, своим видом и поведением оскорбляющих человеческое достоинство окружающих. Миллионы наших сограждан состоят на учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом «алкоголизм», десятки тысяч из них перенесли алкогольные психозы. Заболеваемость алкоголизмом существенно возросла. При этом в стране учитывается лишь каждый 9–10-й случай алкоголизма. Значительная часть семей, почти половина мужчин и треть женщин трудоспособного возраста в стране страдают от неумеренного потребления алкоголя.

Четверть пациентов, находящихся на лечении в больницах, имеют заболевания, обусловленные хронической алкогольной интоксикацией. По оценкам, явные и скрытые потери населения в связи с злоупотреблением алкоголем достигают нескольких сотен тысяч жизней ежегодно. Алкоголь повинен в смерти до ¾ погибших пациентов общемедицинских стационаров в возрастной группе 30–40 лет.

Злоупотребление алкоголем – одна из главных причин глубокого кризиса состояния здоровья населения, переживаемого Россией с середины 1960-х годов, роста смертности населения, в первую очередь среди мужчин трудоспособного возраста.

Несмотря на эти тревожные данные, потребление алкоголя и алкогольные напитки продолжают быть неотъемлемой частью «социальной панацеи» во всем мире. На протяжении столетий алкоголь играет существенную роль в религии, медицине и культуре. Древние египтяне верили, что пиво создано богом Озирисом для простолюдинов, а вино – для аристократов, а также для проведения религиозных церемоний и лечебных целей. В Аравии, в период до воцарения ислама, установившего режим трезвости, пиво, перебродивший напиток из фиников, молока, а также вино потреблялись весьма широко. Пиво из кукурузы играло важные религиозные, экономические и политические роли в Империи инков. В средние века опьянение почти повсеместно связывалось с весельем и праздниками. И в наше время досуг, дни рождения,

отдых и религиозные церемонии во многих странах мира часто сопровождаются приемом алкоголя. В последнее время умеренное потребление алкоголя связывается со снижением уровня психоэмоционального стресса и заболеваемости некоторыми сердечно-сосудистыми болезнями, повышением настроения (эйфорией), познавательных функций, и даже удовлетворенностью человека жизнью, социальным умиротворением.

Алкоголизм был признан в качестве крупной социальной проблемы только после вступления человечества в период относительной доступности дистиллированных алкогольных напитков (около 1100 г. н.э.). Отрицательные последствия употребления алкоголя впервые документированы в XVIII столетии в Англии. Теперь во всем мире известно, что потребление алкоголя часто приводит к развитию болезненной зависимости от него, увеличивает риск всех видов травм и практически всех основных причин смерти, включая ишемическую болезнь сердца, сердечно-сосудистые болезни, рак и дорожно-транспортные происшествия.

Самые низкие уровни потребления алкоголя зарегистрированы в странах Азии, с низким уровнем доходов населения, на Ближнем Востоке и в Северной Африке. Напротив, в регионе Центральной и Восточной Европы и новых независимых государств бывшего СССР, уровень потребления алкоголя сейчас один из самых высоких в мире. К тому же, наиболее распространенная модель потребления алкоголя в этом регионе характеризуется хроническим чрезмерным потреблением алкоголя. Более того, в структуре потребления в этом регионе значительную часть составляют крепкие спиртные напитки. Это является причиной высокой распространенности алкоголизма в регионе, который, как и потребление, существенно недоучитывается. Получила развитие новая, тревожная тенденция – повышение уровня потребления алкоголя женщинами, молодежью и детьми. Значительная часть повышения потребления алкоголя в этом регионе объясняется факторами экономической нестабильности и безработицы, связанными с переходом к рыночной экономике. Также важное значение имеет резкое ослабление соответствующих социальных регулирующих механизмов, увеличение доступности алкогольных напитков, в том числе через внутренние «серые» и «черные» рынки, масштабная криминализация алкогольного бизнеса с целью извлечения огромных доходов. Существенна и роль глобальных производителей алкоголя, интенсивно осваивающих, а вернее, «заливающих» недавно открывшиеся для них рынки в развивающихся странах и бывших социалистических странах, тем более, что во многих развитых странах Запада потребление алкоголя сокращается, как и соответствующие доходы алкогольной индустрии.

Уровень потребления алкоголя в России, достигающий, по разным оценкам, более 15 литров на душу населения в год, один из самых высоких в мире. При этом, не менее четверти процентов от этого объема составляет токсичный, фальсифицированный алкоголь, часто технический и не предназначенный для потребления людьми. Действие этих негативных факторов усиливается дискомфортностью образа жизни и неполноценным питанием. Потребление на душу населения оценивается в 13,5 л во Франции, 9–12 л – в Эстонии, 10 л – в Чешской Республике, и 7,2 л – в Соединенных Штатах.

Спорным представляется утверждение о том, что сокращение потребления алкогольных напитков нецелесообразно, поскольку их место непременно будет занято другими психоактивными средствами, еще более разрушительно действующими на здоровье человека. Хотя апологеты алкоголя заявляют, что «настоящей водкой никогда не сопьешься, она только согреет и размягчит душу», в материалах Форума «Алкоголь и здоровье» представлены обширные документированные свидетельства, описывающие медико-социальные последствия злоупотребления алкоголем в России (Демин 1998). Материалы Форума убедительно опровергают российскую алкогольную мифологию, утверждающую, что значительное потребление алкоголя – исконно присущее России, и даже положительное явление, романтическая особенность российской нации, свидетельство ее силы и жизнестойкости.

Острота ситуации сохраняется. Уровень и характер потребления алкоголя в России приводят к существенным потерям здоровья и жизни населения в России, высокой смертности и низкой ожидаемой продолжительности жизни населения.

Современная алкогольная ситуация в России определяется на уровне государства, общества и личности, в сущности, выбором – жить или пить по-прежнему. При анализе алкогольной ситуации в России выявляется ее стремительное ухудшение, начиная с 1987 г. Вместе с тем, по разным причинам, в первую очередь вследствие жесткого закрытия государственными органами в СССР алкогольной проблемы для широкого изучения и осмысления обществом, истинное положение было нам неизвестно.

На уровне личности злоупотребление алкоголем вызывает повышение заболеваемости. Снижается продолжительность жизни и ее качество. Появляется неполноценное потомство. Ухудшаются результаты и условия труда. Сокращаются возможности для отдыха. Наносится ущерб собственности. На уровне общества злоупотребление алкоголем вызывает угрозу генофонду, заметно ограничивает социально-экономическое развитие. На уровне государства – угрожает трудовым ресурсам, увеличивает затраты на ликвидацию последствий злоупотребления алкоголем.

Усилилось влияние алкоголя на маргинализацию значительной части наших сограждан.

Наряду с ростом заболеваемости, среди населения России широко распространяется с конца 1980-х гг. синдром преждевременного старения (уменьшение среднего возраста заболевших и умерших от основных хронических неинфекционных болезней). Невозможно отрицать связь между этим явлением и масштабным злоупотреблением алкоголем.

Проблему предупреждения злоупотребления алкоголем следует рассматривать в более широкой перспективе преодоления тенденции к росту потребления психоактивных средств (курение, алкоголь, наркотики, токсические вещества), отмечаемой во многих возрастных группах населения. Это имеет важное значение для повышения как продолжительности, так и качества жизни людей, как показывает накопленный в мире опыт.

Алкогольные проблемы не могут быть решены закрытием статистических данных и исследований. В соответствии со статьей 7 Закона Рос-

сийской Федерации «О государственной тайне» (1993 г.) «не подлежат засекречиванию сведения о состоянии экологии, здравоохранения, санитарии, демографии, образования, культуры, сельского хозяйства, а также о состоянии преступности... Должностные лица, принявшие решение о засекречивании перечисленных сведений либо о включении их в этих целях в носители сведений, составляющих государственную тайну, несут уголовную, административную или дисциплинарную ответственность в зависимости от причиненного обществу, государству и гражданам материального и морального ущерба. Граждане вправе обжаловать такие решения в суде». С 1992 г. публикуются ежегодные Государственные доклады о состоянии здоровья населения Российской Федерации, выпущены другие важные работы в этой области. Тем не менее, пока недостаточна даже научная разработка проблемы «Алкоголь и здоровье», учет ее в социально – экономической политике, тем более, практическая деятельность в этом направлении.

Что может дать нам надежду? Ускоренное вымирание спившихся сограждан – отцов, матерей, братьев, сестер, сыновей, дочерей – вряд ли, тем более, что их никак не становится меньше. Опыт некоторых стран, в частности, Швеции, показывает нам, что возможна разумная алкогольная политика. Не нужно доказывать, что необходимо общественное и государственное регулирование потребления алкоголя, в том числе и административные меры межведомственной, широкой направленности.

У нас есть свое подтверждение этому. В 1985–1987 гг. произошло существенное повышение рождаемости и падение смертности, отмечен невиданный рост продолжительности жизни, особенно среди мужчин. Ряд специалистов объясняют это, достаточно убедительно, мерами по борьбе с пьянством и алкоголизмом. Принципиальное значение, на наш взгляд, имела стратегическая направленность М. С. Горбачева, руководства на модернизацию страны, имея в качестве партнера трезвый, думающий, здоровый народ. И действительно, принятые меры спасли, по самым консервативным оценкам, 1 млн. наших сограждан от преждевременной смерти. Других прецедентов сохранения и умножения народа подобного масштаба пока не имеется.

Рост продолжительности жизни и падение смертности населения после начала Перестройки, за которым последовал жестокий кризис общественного здоровья 1987–1994 гг. – документированный факт, вызов для конструкторов социальной политики. Действительно, негуманно и низко проводить преобразования с пьяным народом, дав ему наркотики, пусть даже легальные, как «социальное обезболивающее».

Есть множество данных, свидетельствующих о разрушительной роли потребления алкоголя. В частности, недавно выполненное исследование поставило вопрос о том, что, по некоторым показателям, состояние здоровья заключенных в отечественных исправительных учреждениях может быть лучше, чем у россиян, находящихся на свободе (Bobrik 2005).

Потребление алкоголя является универсальным суррогатом удовлетворения многих потребностей человека. Эффективная антиалкогольная политика возможна при условии информирования и просвещения людей. Однако даже стремящиеся оздоровить свою жизнь люди терпят неудачу и

разочаровываются, если не изменить должным образом условия их жизни, над которыми они не властны. Благоприятную среду надо создавать, в том числе принятием и исполнением законодательства, что связано с изменениями в сельском хозяйстве, торговле, работе средств массовой информации, закупках по импорту и т.д.

Однако и этого мало. Только при условии осознания всеми нами остроты алкогольной ситуации в России как источника тяжелейших проблем, разрушающих жизненные основы личности, общества и государства, мы сможем ее изменить к лучшему.

Вопросы охраны здоровья населения пока не стали приоритетными для субъектов алкогольного рынка. Действия государства не всегда последовательны, согласованы, обоснованы и характеризуются преобладанием фискально-ведомственных и лоббистских интересов участников рынка. Система федерального и регионального контроля качества поступающей на рынок алкогольной продукции, как и информация для населения о психотропных и токсичных свойствах алкогольных напитков, не соответствуют потребностям.

Мерам, осуществленным в России в области проблем, связанных с алкоголем, недостает последовательности, увязки с проблемами общественного здоровья, акцента на предупреждении рисков болезни и преждевременной смерти, общественной поддержки; эти меры не соответствуют масштабам проблемы.

Разработка соответствующей политики, включая законодательство, находится на начальной стадии, интересы отдельных секторов и групп не согласованы, основное внимание уделяется экономическим аспектам производства, импорта и реализации алкогольных напитков. Ощущается потребность в независимом всестороннем непрерывном анализе алкогольной ситуации в России и на отдельных административных территориях, который мог бы служить в качестве основы для соответствующих действий. Имеется острая потребность в создании коалиции, включающей правительственные и неправительственные организации, работающие в этой области. Эффективность соответствующих медицинских и социальных служб должна быть улучшена. Следует подготовить проекты политики, законов и постановлений, направленных на предотвращение и сокращение рисков для здоровья, связанных с потреблением алкоголя. Информирование и обучение населения недостаточные, уровень осознания населением соответствующих проблем низкий. Ключевое значение может иметь расширение участия более информированных граждан в принятии политических и экономических решений, а также более эффективная защита потребностей населения со стороны неправительственных организаций.

Преодоление трагического воздействия высокого потребления алкоголя на общественное и индивидуальное здоровье в России имеет большое значение, и неправительственные организации могли бы играть возрастающую, важную роль в создании коалиций.

Задача на будущее – создание широкой коалиции (политиков, врачей, экономистов, производителей), формирующей антиалкогольную политику, учитывающую не только жгучие экономические заботы текущего момента, но и стратегические интересы сбережения и умножения населения России. Этому будет способствовать восстановление государственной монополии на производство и реализацию алкогольных

напитков, меры по обеспечению качества и безопасности алкогольных напитков для потребителей. Важно, что в настоящее время удовлетворение государственных экономических интересов способствует преодолению острого кризиса алкоголизации населения.

Деятельность Российской ассоциации общественного здоровья по проблеме «Алкоголь и здоровье»

Общественная организация «Российская ассоциация общественного здоровья» (РАОЗ) действует с 1995 г. и развилась на базе работ Фонда «Здоровье и окружающая среда» (Москва) с 1993 г. Основой деятельности Ассоциации является признание охраны здоровья правом, а не привилегией, утверждение человека в качестве главной ценности (Demin 1993, 1996; Демин, Демина 1997).

Одной из первых акций Ассоциации стала подготовка серии Докладов по политике в области общественного здоровья «Здоровье для всех — все для здоровья в России». Первый доклад был посвящен анализу и прогнозу смертности и ожидаемой продолжительности жизни населения России (Школьников, Милле, Вален 1995). В дальнейшем Ассоциация в развитие этой темы готовила доклады, конференции, просветительные материалы о влиянии на здоровье населения потребления алкоголя и курения табака, электромагнитного загрязнения окружающей среды, продуктов питания, дефицита йода в биосфере, некачественной питьевой воды, и других факторов. Особое внимание уделялось профессиональному уровню анализа проблем и выработке конкретных, адресных рекомендаций для государства, общества и личности, неправительственных организаций, всех заинтересованных сторон.

При подготовке первого доклада «Смертность и ожидаемая продолжительность жизни населения в России: анализ и прогноз» выяснилось, что злоупотребление алкоголем является одним из ведущих факторов кризиса состояния здоровья населения в стране, поэтому второй Доклад был посвящен анализу алкогольной ситуации в России (Немцов 1995). Публикацией Доклада Ассоциация и Фонд отметили 10-летие антиалкогольной кампании в СССР, начатой в 1985 г. М. С. Горбачевым.

Проблема «Здоровье, алкоголь, наркомании, токсикомании» стала приоритетным направлением деятельности Ассоциации. Имеется прямая преемственность между деятельностью Российской ассоциации общественного здоровья и Российского общества охранения народного здравия, также много занимавшегося этой проблемой в прошлом.

Ассоциацией проведены всероссийские конференции с международным участием «Алкогольная ситуация в России и пути ее оздоровления» (14–15 ноября 1995 г.) и «Алкогольная болезнь. Клиника, эпидемиология, значение для общественного здоровья» (12 марта 1996 г.). Конференции вызвали большой интерес представителей органов власти, специалистов, средств массовой информации в России и за рубежом. Материалы по проблеме публиковались в Бюллетене общественных объединении в области охраны здоровья «Здоровье для Всех», издаваемом Ассоциацией.

Подготовленные, изданные значительным тиражом и широко распространенные Ассоциацией материалы по проблеме «Алкоголь и здоровье», в том числе рекомендации конференций и независимые доклады по

политике в области общественного здоровья серии «Здоровье для всех – все для здоровья в России» используются в практической деятельности правительственных и неправительственных организаций в России.

Подготовленные Ассоциацией материалы были представлены при участии Министерства здравоохранения Российской Федерации на Европейской конференции «Здоровье, общество и алкоголь» (Париж, декабрь 1995 г.), организованной ВОЗ, направлялись по запросам специалистам и организациям за рубеж, в том числе через участие Ассоциации в неправительственном Международном Совете по алкоголю и токсикоманиям (Лозанна, Швейцария), Международной федерации ассоциаций общественного здоровья, Европейской ассоциации общественного здоровья и др.

В развитие данного направления деятельности Ассоциация подготовила ряд новых проектов.

Всероссийский Форум «Алкоголь и здоровье»

Ассоциацией накоплен воодушевляющий опыт использования новой, оригинальной формы работы – Всероссийского Форума (Демин 1998).

Впервые эта форма, разработанная президентом Ассоциации профессором А. К. Деминым, использована в работе по проблеме «Алкоголь и здоровье» во второй половине 1990-х гг. Выбор темы был определен тем, что последствия растущего потребления алкоголя в России представляли угрозу безопасности личности, общества и государства, как было заявлено в 1995 г. межведомственными комиссиями Совета Безопасности Российской Федерации. На встрече совместной российско-американской Комиссии по экономическому и технологическому сотрудничеству, состоявшейся в 1996 г., ее Комитет по здравоохранению определил связанные с алкоголем проблемы как приоритетные.

Мы исходили из того, что облегчение трагического воздействия высокого потребления алкоголя на общественное и индивидуальное здоровье в России имеет жизненно важное значение, а неправительственные организации могли бы играть важную роль в формировании коалиций.

Цели Форума заключались в том, чтобы в течение года:

- выработать всеобъемлющие рекомендации, направленные на решение проблем, связанных с потреблением алкоголя, на основе независимого взвешенного анализа, результаты которого будут доступны всем заинтересованным сторонам;
- способствовать созданию коалиций, направленных в первую очередь на использование профессиональных рекомендаций Форума на местном уровне;
- способствовать осознанию правительственными и неправительственными организациями, населением в целом последствий потребления алкоголя на уровне личности, общества и государства, а также возможностей предотвращения или смягчения этих последствий.

Мы отказались от предложений провести разовую акцию (конференцию, семинар, круглый стол) и, несмотря на существенное усложнение

задач проекта, запланировали работу Форума на длительный период, превышающий год. Структуризация проблемы, с учетом ее межведомственного характера, позволила выделить около 15 основных аспектов ее рассмотрения. На этой основе были сформированы направления работы Форума. Было предусмотрено рассмотрение проблемы в субъектах Российской Федерации. Ассоциация подготовила и разослала информационное сообщение о Форуме.

Руководитель проекта пригласил участвовать в Форуме ведущих российских экспертов, заинтересованных в обсуждении проблемы по конкретному направлению, в том числе представляющих правительственные и неправительственные организации, а также экспертов, заинтересованных в подготовке аналитических материалов с рекомендациями по данному направлению и заинтересованных в выполнении научно-организационной работы по каждому из 12 направлений Форума (на договорной основе). Подготовленные материалы были обсуждены на открытых тематических рабочих совещаниях, в которых приняли участие ведущие эксперты. Число участников каждого совещания по политике составило 10–12, общее число – 110–120.

Значительный вклад в работу Форума внесли сотрудники НИИ наркологии Минздрава России, подготовившие, при поддержке директора В. Ф. Егорова, аналитические материалы по четырем из двенадцати направлений, и принявшие активное участие в мероприятиях Форума.

Материалы по направлениям, включая рекомендации, были доработаны с учетом обсуждения, состоявшегося на рабочих совещаниях, а затем сведены в книгу *Рабочие материалы совещаний по направлениям проекта для обсуждения на Всероссийской конференции «Алкоголь и здоровье»* и направлены за 2 недели до конференции как материал для предстоящего обсуждения участникам заключительной общероссийской конференции «Алкоголь и здоровье».

Конференция, состоявшаяся в историческом зале Российской Академии медицинских наук, стала ярким, запоминающимся событием. Участники конференции заслушали сообщения представителей рабочих совещаний Форума, позиции совещания экспертов по данному направлению. Затем состоялось свободное обсуждение проблемы. Для иностранных участников конференции был обеспечен синхронный перевод на английский язык. Таким образом, конференция позволила представить сформулированные положения и рекомендации, достигнуть участия заинтересованных сторон и начать создание их широкой коалиции.

В начале 1997 г. руководитель проекта подготовил проект итогового документа Форума, используя рекомендации, высказанные участниками Форума. Этот документ представлен Ассоциацией правительственным и неправительственным организациям, в том числе Минздраву России (направившему их в органы управления здравоохранением в субъектах Федерации для рассмотрения и использования), другим участникам Форума, участникам заседания совместной российско-американской Комиссии по экономическому и технологическому сотрудничеству. Поступившие замечания и предложения на этот документ были учтены при его доработке.

Ассоциация разослала материалы Форума всем заинтересованным лицам и организациям, в том числе на административные территории России. Издание материалов Форума в серии Ассоциации «Здоровье

для всех – все для здоровья в России» оказалось весьма трудоемкой работой и потребовало значительного времени и усилий.

Ассоциация изыскивала возможности для продолжения работ по этому важнейшему направлению в соответствии с рекомендациями участников Форума, с акцентом на деятельности в субъектах Федерации. Эти усилия увенчались успехом, и в последующем был выполнен второй этап проекта.

Было организовано обсуждение материалов Форума заинтересованными лицами и организациями, в том числе на административных территориях Российской Федерации на конференциях и совещаниях, организуемых при поддержке отделений Ассоциации.

Работа Форума была осуществлена в тесном контакте с российскими правительственными и неправительственными организациями: Государственной Думой Федерального Собрания, Комиссией по вопросам женщин, семьи и демографии при Президенте РФ, Правительством РФ, Министерством здравоохранения, Министерством труда и социального развития, Министерством внутренних дел, средствами массовой информации, религиозными конфессиями, научными учреждениями, неправительственными организациями, учеными центрами медицинской профилактики, Российской академией наук и Российской академией медицинских наук, отделениями Ассоциации в субъектах Российской Федерации, и гражданами.

Использован опыт технического и организационного сотрудничества Ассоциации в рамках Всемирной федерации ассоциаций общественного здоровья, Европейской ассоциации общественного здоровья, Международного совета по алкоголю и зависимостям, а также сотрудничества с Канадской ассоциацией общественного здоровья, Центрально-Европейским центром здоровья и окружающей среды, а также с ВОЗ.

Среди результатов Форума:

- независимый взвешенный анализ проблемы «Алкоголь и здоровье», доступный для всех заинтересованных лиц и организаций;
- основные положения и рекомендации по политике в области общественного здоровья, предложенные участниками Форума и направленные на решение проблем, связанных с потреблением алкоголя;
- повышение уровня осознания проблемы «Алкоголь и здоровье» правительственными и неправительственными организациями, гражданами в России;
- издание материалов Форума в серии «Здоровье для всех – все для Здоровья в России» на русском, и английском языках.

Форум способствовал разработке всесторонних рекомендаций для облегчения проблем, связанных с потреблением алкоголя. Рекомендации основаны на профессиональном, взвешенном и независимом анализе и оценке. Анализ объединяет оценки отдельных секторов и групп и является уникальным всесторонним источником информации для правительственных и неправительственных организаций и населения. Эта работа показывает существующие возможности и угрозы, способствует созданию коалиций, в том числе на местном уровне. Российские правительственные и неправительственные организации, специалисты, а

также средства массовой информации широко используют материалы Форума для улучшения понимания проблемы населением и профессиональными работниками.

Материалы Форума представлены на заседаниях Совета по неправительственным организациям при Межпарламентской группе РФ, заседании Комиссии по вопросам женщин, семьи и демографии при Президенте РФ 4 февраля 1997 г., заседании совместной российско-американской Комиссии по экономическому и технологическому сотрудничеству (февраль 1997 г., г. Вашингтон), парламентских слушаниях в Совете Федерации (14 апреля 1998 г.) и Государственной Думе (15 мая 1998 г.), направлены в Администрации субъектов Федерации (февраль 1997 г.), а также участникам шведско-российского проекта по алкогольной политике шведско-российской рабочей группы «Здоровье и общество», сформированной по инициативе Министерства иностранных дел Швеции с участием российских экспертов в октябре 1996 г. и др., и использованы названными учреждениями и организациями.

В 1997–1999 гг. Ассоциация выполняла работы по второму этапу Всероссийского Форума по политике в области общественного здоровья «Алкоголь и здоровье», который был проекта направлен на улучшение здоровья населения в России через предупреждение и сокращение неблагоприятных последствий потребления алкоголя для здоровья посредством:

- поддержки осуществления основных рекомендаций Всероссийского Форума по политике в области общественного здоровья «Алкоголь и здоровье», с особым вниманием молодежи, образовательным и законодательным компонентам;
- вклада в повышение эффективности социальных служб в области проблем, связанных с потреблением алкоголя;
- разработки проекта политики, законов и постановлений, направленных на предотвращение и сокращение неблагоприятных воздействий потребления алкоголя на здоровье;
- дополнения усилий российских правительственных и неправительственных секторов, направленных на улучшение здоровья населения России;
- расширения участия лучше информированных граждан в принятии решений в политической и экономической областях и достижения более эффективной защиты потребностей населения со стороны неправительственных организаций, посредством поддержки действий правительственных и неправительственных организаций, направленных на построение коалиций и улучшения понимания проблемы обществом, при участии территориальных отделений Ассоциации, являющейся «зонтичной» неправительственной организацией.

В рамках второго этапа Форума Ассоциация подготовила и провела в Москве серию мероприятий по проблеме «Обеспечение качества и безопасности алкогольной продукции» с 30 ноября по 4 декабря 1998 г. Работа проводилась совместно с Научно-исследовательским институтом наркологии Минздрава России, Национальной алкогольной ассоциацией, при участии комитетов Государственной Думы Федерального Собрания РФ по охране здоровья и экономической политике.

Всероссийская конференция по политике в области общественного здоровья «Обеспечение качества и безопасности алкогольной продукции» состоялась 30 ноября – 1 декабря 1998 г.

В программу конференции были включены и темы деятельности изданий для специалистов, средств массовой информации, в том числе изданий для потребителей, рекламных агентств в области обеспечения качества и безопасности алкогольных напитков.

Результаты работы участников конференции были использованы в работе парламентских слушаний «Обеспечение качества и безопасности алкогольной продукции», проведенных Комитетом Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации по охране здоровья и Комитетом Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации по экономической политике 1 декабря 1998 г.

В рамках второго этапа Форума, на основе независимого, широкого, межведомственного подхода, используя материалы, подготовленные для Форума, были разработаны при участии ведущих российских экспертов, изданы и распространены материалы по политике в области общественного здоровья, а также рекомендации и материалы для образования в области здоровья по ключевым аспектам предупреждения и сокращения неблагоприятных последствий потребления алкоголя для здоровья. В дополнение к изданию, материалы по следующим темам стали доступны на «домашней странице» Ассоциации в Интернет www.rpha.ru

В рамках второй фазы Форума Ассоциация обеспечила выполнение мероприятий по образованию распространению информации на приоритетных территориях России. Ассоциация организовала консультации с правительственными и неправительственными организациями, специалистами, средствами массовой информации, населением по вопросу о дальнейшей деятельности, с последующим составлением рекомендаций для действий, для разработки основы построения коалиций, базирующихся на эффективном длительном сотрудничестве Ассоциации, правительственных и неправительственных организаций, и разработки устойчивой деятельности по предупреждению злоупотребления алкоголем и борьбы с ним.

Материалы проекта представлены на парламентских слушаниях в Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации по вопросам алкогольной политики 14 апреля и 15 мая 1998 г. Деятельность Форума получила освещение в средствах массовой информации.

В рамках Форума также состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Контроль качества и идентификация алкогольной продукции» при поддержке и участии Ассоциации в г. Томске 24–27 мая 1999 г., а также ряд других мероприятий.

В 2000 г. Ассоциацией опубликованы для практикующих врачей информационные материалы и рекомендации «Злоупотребление алкоголем в России. Острые отравления этиловым алкоголем и его суррогатами. Соматическая патология при хронической алкогольной интоксикации» (Демин, Демина 2000).

Доклад «Алкоголь и здоровье в России: 1900–2000»

В 1999 г. Ассоциация опубликовала Доклад *Алкоголь и здоровье в России: 1900–2000* (Демин 1998) тиражом 3 тысячи экземпляров и начала его широкое распространение.

Главная идея Доклада: кризис здоровья населения в России может быть успешно преодолен только при осуществлении долгосрочных мероприятий государственной алкогольной политики. Доклад содержит рекомендации по формированию такой политики, в том числе предложен нуле участниками Форума. Среди авторов материалов Доклада – лучшие российские специалисты, гордость отечественной науки и практики в области медицинских, социальных, экономических и других аспектов алкогольной проблемы.

Авторы материалов Доклада анализируют ситуацию, масштабы и последствия потребления алкоголя для здоровья населения и социально-экономической ситуации в России, основываясь на своих знаниях и опыте как высокопрофессиональные независимые эксперты и как обеспокоенные ростом этих угроз граждане.

Материалы Доклада сопровождаются обширной библиографией, что позволит всем заинтересованным пополнить информацию по проблеме «Алкоголь и здоровье».

В Доклад включено пожелание, чтобы полученные материалы были использованы и при подготовке, в соответствии с рекомендациями участников Форума, Государственного доклада «О влиянии алкогольной ситуации на здоровье населения и алкогольной политике в Российской Федерации».

Полезность подобной работы показывает опыт многих стран мира. В частности, в США в соответствии со статьей 503 (а) Закона о службе общественного здоровья, министр здравоохранения обязан один раз в три года представлять Конгрессу доклад, содержащий обновленную информацию о последствиях употребления алкогольных напитков для здоровья, а также описание результатов современных научных исследований в области изучения злоупотребления алкоголем и алкоголизма. Доклады выпускают, начиная с 1971 года, документируя новые достижения в этой области, включая разработку научно обоснованных методов профилактики и лечения.

Заключение

На Форуме проявилась глубокая озабоченность представителей органов государственного управления, неправительственных организаций, ученых и специалистов, представителей средств массовой информации, граждан в связи с нетерпимым состоянием здоровья населения в России.

В плане стратегии в области охраны и укрепления здоровья населения участники Форума предложили обратить особое внимание на детей, зачатых и рожденных в 1994-м и смежные годы, на которые, по-видимому, пришлась самая тяжелая фаза кризиса общественного здоровья в России, начавшегося со второй половины 1960-х годов и усилившегося с вступлением страны в переходный период социально-экономического развития в 1990-е годы. Для улучшения положения

необходимо предпринять меры по предотвращению маргинализации наших сограждан, особенно женщин, детей, подростков и молодежи.

Следует встроить здоровье в социально-экономическое развитие страны, разорвать порочный круг бедности, невежества, саморазрушающего поведения и болезней. Для этого при социально-экономическом развитии следует обеспечить населению материальные возможности «купить здоровье», начиная с простейших предметов гигиены, доступных занятий физической культурой и спортом, других видов досуга, не разрушающего здоровье, а также создать соответствующую мотивацию к охране и укреплению здоровья.

Желательно обеспечить опережающее развитие здравоохранения, образования, культуры, науки.

Необходимо напитать руководителей всех уровней, неправительственные организации, средства массовой информации, общество правдивой, конкретной, конструктивной направленности информацией по проблемам здоровья населения, в первую очередь детей, подростков и молодежи.

Важно обеспечить лидерство в действиях во имя здоровья населения, как политическое, так и профессиональное. Это смогут сделать врачи, педагоги, работники образования и культуры, предприниматели при условии их объединения.

И еще: нам необходимо помочь нашему населению, детям, подросткам и молодежи выразить и защитить свои интересы в области здоровья. Именно в этом они часто бывают беспомощны, наивны и дезориентированы.

С учетом быстрых изменений, происходящих в России, необходимо анализировать новые факторы, часто агрессивные, которые негативно влияют на состояние здоровья населения, и своевременно реагировать мерами по их предупреждению, нейтрализации или компенсации. Промедление обходится слишком дорого. В частности, пик негативных явлений, связанных с злоупотреблением алкоголем, отмечен в России в 1994 году, а мы до сих пор не выстроили адекватную угрозе политику в области охраны и укрепления здоровья, не говоря уже о практических действиях.

Надо понять механизмы формирования и воспроизводства субкультуры, характеризующейся агрессивным фатализмом и негативизмом в отношении здоровья населения и будущего страны, саморазрушающим поведением, которая сейчас распространена среди населения всех возрастов, и преодолеть вовлечение в нее детей, подростков и молодежи.

Пора принять меры и по отношению к алкогольному бизнесу, заинтересованному только в сверхдоходах. Значительная часть его представлена транснациональными компаниями, эффективное регулирование деятельности которых затруднено. В современных условиях возможность обеспечить учет интересов общественного здоровья, преодоления теневого рынка и других неурядиц появится только при обеспечении реальной государственной монополии на оборот всех видов алкогольных напитков под контролем гражданского общества.

Перемены к лучшему происходят медленно и неравномерно, а глубина и масштабы кризиса здоровья населения таковы, что без незамедлительного принятия эффективных, целенаправленных мер со-

вместно органами государственного управления, неправительственными организациями, обществом, нам не обойтись. Реализация подробной программы мер органами государственного управления, содержащей конкретные индикаторы и обеспеченной финансированием, должна быть дополнена действиями неправительственных организаций. Мировой опыт указывает на целесообразность формирования при решении социальных проблем подобного масштаба и сложности широкой коалиции неправительственных организаций, каждая из которых берет на себя конкретные обязательства. При этом исполнение этих обязательств согласовано с органами государственного управления и дополняет их действия.

Значительную часть работ неправительственных организаций следует, по нашему убеждению, финансировать государству на основе конкурсного социального заказа с последующей оценкой эффективности. Пора понять, что некоторые работы в области охраны здоровья населения могут быть выполнены неправительственными организациями быстрее, эффективнее и дешевле, с максимальным приближением к населению и его активным вовлечением в работу, по сравнению с другими поставщиками работ и услуг.

В условиях социальных трансформаций в России будет возрастать роль неправительственных организаций в решении проблем здоровья населения. Ассоциация расширяет участие в программах и мероприятиях в области охраны здоровья населения и снижения смертности в стране.

Постскриптум

Рассматривая опыт работы Российской ассоциации общественного здоровья по проблеме «Здоровье и алкоголь», можно сделать вывод, что в 1995-2000 гг. нам удалось достоверно, на научной основе документировать и проанализировать острейшую фазу алкогольного кризиса в России. Материалы Форума являются эквивалентом тематического национального доклада, до сих пор блистающего своим отсутствием.

Мы смогли привлечь внимание государства, частного бизнеса, гражданского общества к проблеме, определяющей наше выживание, связать проблемы потребления алкоголя и демографической ситуации.

Впервые успешно выполнена масштабная де-медикализация проблемы «Здоровье и алкоголь» в пост-Советской России.

Была сделана попытка объединения усилий государства, частного бизнеса, гражданского общества, международных организаций для анализа алкогольной проблемы и ее решения.

Глядя из 2008 года, можно с определенностью сказать, что наша работа в 1990-е гг. страдала слишком большим доверием к «начальникам» и надеждой на них. Мы полагали, что наша главная задача – сделать проблему понятной для государства, а оно примет меры. Этого не произошло до сих пор.

При анализе проблемы мы чрезмерно опирались на официальные органы, которые к тому времени уже оказались неспособными дать нужные результаты.

Одной из главных доминировавших в сознании специалистов идей того периода была необходимость обеспечения качества и безопасности алкогольных напитков/изменения структуры потребления в сотрудничестве с легальными производителями.

В связи с этим, в 1990-е гг. инициативы гражданского общества были в значительной степени перехвачены алкогольной индустрией под лозунгами пресловутой «борьбы за качество» и изменения структуры потребления на якобы «более здоровую». Наши работы были использованы в конкурентной борьбе внутри неоднородной группы алкогольщиков: производителей водки, вина и пива, экспортеров/импортеров и пр.

К сожалению, в 1990-е гг. нам не удалось получить финансирование на масштабное разворачивание антиалкогольной деятельности внутри страны. Не удалось привлечь внимание ВОЗ к российскому кризису. Не удалось собрать устойчивую группу единомышленников, часть наших специалистов перешли к сотрудничеству с алкогольной индустрией под флагами борьбы с токсичностью, улучшения структуры потребления и пр.

Только после 2005 г. для нас стало очевидно, что принятие идеологии «разумного потребления» алкоголя для России порочно, так как приводит к изоляции наших усилий от традиционного Российского трезвеннического движения, усилий Русской православной церкви, к недоучету духовной составляющей проблемы потребления алкоголя. Сейчас нам понятно, что при любом уровне потребления человек попадает в зону реального, высокого риска, поэтому лозунг дня – трезвость, полный, хотя бы временный, обусловленный возможностями личности, персональный отказ от потребления алкоголя в более широком контексте бодрости и трезвого принятия действительности для ее правильного преобразования.

При этом надо сокращать время прохождения антиалкогольных импульсов до государства, гражданского общества, бизнеса, населения, надо быстро формулировать и транслировать информацию в форме понятных, кратких, энергичных, привлекательных, недвусмысленных лозунгов, соответствующих местной культуре и менталитету любого уровня.

Важно обеспечить должную преемственность с деятелями антиалкогольного фронта – современниками и предшественниками.

В настоящее время надо направлять жало действий во все большей мере против частного бизнеса, алкогольной индустрии и ее союзников, извлекающих сверхприбыли и отказывающихся возместить ущерб здоровью и национальной экономике. Важно, что целевые группы усилий индустрии – дети и женщины.

Названный бизнес превращается в транснациональный, не имеющий местной идентичности, характеризуется жестким согласованием интересов, разработкой и осуществлением глобальных стратегий.

В России (и не только) материальные возможности алкогольного бизнеса и особенности системы принятия решений позволяют бизнесу контролировать регулирование своей деятельности, в том числе «борьбу» с собой.

Выход – национализация индустрии легальных наркотиков, прозрачность, контроль гражданского общества, поэтапное сокращение

производства, ограничение доступности, тотальная денормализация потребления веществ и поведения, изменяющего психику и адекватное восприятие действительности.

Со стороны потребления – ограничение доступности, в т.ч. через ценообразование, социальный контроль, разнообразные формы работы, через религиозные конфессии, а также через образование, здравоохранение, культуру, спорт и т.п.

Для продолжения эффективной работы необходима прочная основа – результаты анализа алкогольной ситуации, данные опросов, статистика МВД, здравоохранения и пр.

Большое внимание надо уделить коммуникационным стратегиям – изменению отношения к алкоголю через средства массовой информации, преодолению сложившейся монополии алкогольного бизнеса на информационное пространство.

В настоящее время для антиалкогольной политики в России открылось «окно возможностей» - у нас есть нефтегазовые деньги, нам не нужны «пьяные» деньги. Попытка решения демографической проблемы с помощью мигрантов показала сверхценность для нашей экономики собственного, протрезвленного, способного должным образом воспроизводиться, населения.

Библиография

Демин А. К., ред. 1998. *Алкоголь и здоровье населения России, 1900 – 2000.* М.: Фонд «Здоровье и окружающая среда».

Демин А. К., Демина И. А. 1997. Закон спешит на помощь здоровью. *Рекомендации для граждан и некоммерческих организаций по защите прав и интересов населения в области здоровья* / Ред. А. К. Демин. М.: Фонд «Здоровье и окружающая среда».

Демин А. К., Демина И. А., ред. 2000. *Острые отравления алкоголем и его суррогатами. Соматическая патология при хронической алкогольной интоксикации. Рекомендации для врачей.* М.: Фонд «Здоровье и окружающая среда».

Немцов А. В. 1995. *Алкогольная ситуация в России.* М.: Фонд «Здоровье и окружающая среда».

Школьников В. М., Милле В., Валлен Ж. 1995. *Ожидаемая продолжительность жизни и смертность населения России в 1970-1993 годах: анализ и прогноз.* М.: Фонд «Здоровье и окружающая среда».

Bobrik A. *et al.* 2005. Prison health in Russia: the larger picture. *Journal of Public Health Policy* 26(1): 30–59.

Demin A. 1993. Promoting health in Russia: A challenging task. *CECHE Newsletter* 1993: 3–4.

Demine A. 1996. Building a Public Health Association. *Documenting the case stories of Russian health promotion workers* / Ed. By T. Schumilas. Waterloo: Community Health Department, Regional Municipality of Waterloo. P. 41–43.

NIH. 1993. *Eighth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health.* Washington, DC: U.S. Department of health and human services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Сведения об авторах

Андреев Евгений Михайлович – старший научный сотрудник лаборатории демографических данных Института демографических исследований им. Макса Планка (г. Росток, Германия).

Вишневский Анатолий Григорьевич – директор Института демографии Высшей школы экономики (г. Москва, Россия).

Герасименко Николай Федорович – депутат Государственной Думы, заместитель председателя Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ IV созыва, академик РАМН, заслуженный врач РФ (г. Барнаул, Россия).

Гиль Артем – научный сотрудник отделения неинфекционных заболеваний Лондонской школы гигиены и тропической медицины Лондонского университета (г. Лондон, Великобритания).

Данишевский Кирилл Дмитриевич – консультант Открытого института здоровья (г. Москва, Россия).

Демин Андрей Константинович – президент Российской ассоциации общественного здоровья (г. Москва, Россия).

Демина Ирина Александровна – вице-президент Российской ассоциации общественного здоровья (г. Москва, Россия).

Жданов Дмитрий Александрович – научный сотрудник лаборатории демографических данных Института демографических исследований им. Макса Планка (г. Росток, Германия).

Кирьянов Николай Александрович – проректор Ижевской государственной медицинской академии (г. Ижевск, Россия).

Королева Наталья – научный сотрудник отделения неинфекционных заболеваний Лондонской школы гигиены и тропической медицины Лондонского университета (г. Лондон, Великобритания).

Коротаев Андрей Витальевич – профессор факультета истории политологии и права Российского государственного гуманитарного университета (г. Москва, Россия).

Леон Дэвид – руководитель отделения неинфекционных заболеваний Лондонской школы гигиены и тропической медицины Лондонского университета (г. Лондон, Великобритания).

МакКи Мартин, профессор европейского общественного здоровья Лондонской школы гигиены и тропической медицины Лондонского университета (г. Лондон, Великобритания).

Немцов Александр Викентьевич – руководитель отдела информатики и системных исследований Московского Научно-

исследовательского Института психиатрии Министерства здравоохранения и социального развития РФ (г. Москва, Россия).

Нордлунд Стурла – старший научный сотрудник Норвежского института исследований по алкоголю и наркотикам (г. Осло, Норвегия).

Нужный Владимир Павлович – руководитель лаборатории токсикологии Национального научного центра наркологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (г. Москва, Россия).

Оралов Алексей Аркадьевич – старший преподаватель кафедры политологии, социологии и права Ижевского государственного технического университета (г. Ижевск, Россия).

Остерберг Эса – профессор Национального центра исследований и разработок по здравоохранению и социальному обеспечению (г. Хельсинки, Финляндия).

Подлазов Андрей Викторович – старший научный сотрудник Института прикладной математики им. М. В. Келдыша Российской академии наук (г. Москва, Россия).

Понкин Игорь Владиславович – преподаватель кафедры государственного строительства и права Российской академии государственной службы при Президенте РФ (г. Москва, Россия).

Ройзман Евгений Вадимович – президент фонда «Город без наркотиков», депутат Государственной Думы IV созыва (г. Екатеринбург, Россия).

Рум Робин – председатель Школы здоровья населения, директор Центра исследований алкогольной политики Мельбурнского университета (г. Мельбурн, Австралия).

Сабурова Людмила Альбертовна – директор Института социальных технологий, доцент кафедры политологии, социологии и права Ижевского государственного технологического института (г. Ижевск, Россия).

Савенко Ольга – научный сотрудник отделения неинфекционных заболеваний Лондонской школы гигиены и тропической медицины Лондонского университета (г. Лондон, Великобритания).

Савчук Сергей Александрович – старший научный сотрудник лаборатории токсикологии Национального научного центра наркологии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Российский научно-исследовательский институт здоровья (г. Москва, Россия).

Томкинс Сюзанна – доцент отделения неинфекционных заболеваний Лондонской школы гигиены и тропической медицины Лондонского университета (г. Лондон, Великобритания).

Халтурина Дарья Андреевна – доцент кафедры организации социальных систем и антикризисного управления Российской академии государственной службы при Президенте РФ, руководитель группы мониторинга стратегических рисков Центра цивилизационных и региональных исследований Российской академии наук (г. Москва, Россия).

Холмила Марья – профессор Национального центра исследований и разработок по здравоохранению и социальному обеспечению (г. Хельсинки, Финляндия).

Хорверак Эйвинд – старший научный сотрудник Норвежского института исследований по алкоголю и наркотикам (г. Осло, Норвегия).

Школьников Владимир Михайлович – заведующий лабораторией демографических данных Института демографических исследований им. Макса Планка (г. Росток, Германия).

О создании сайта научной информации об эффективной государственной политике в сфере алкоголя www.alkopolitika.ru

В ходе проведения международного научного семинара «Пути разработки эффективной алкогольной политики России: мировой опыт и российские реалии» 1–2 марта 2007 г. и подготовки к публикации данного сборника был создан сайт научной информации об алкогольной вреде и эффективной государственной политике в сфере алкоголя: www.alkopolitika.ru.

Сайт содержит следующие разделы:

- Алкогольная политика в мире
- Алкогольная политика в России
- Алкогольная смертность и заболеваемость
- Алкогольные напитки - сравнительный вред
- Гражданское общество против алкоголя
- Законодательство РФ
- Материалы Всемирной организации здравоохранения
- Нелегальный алкоголь
- Потребление алкоголя
- Профилактика
- Социология алкоголя
- Статистика

Планируется запуск форума и новостной ленты.
По вопросам содержания размещения научной информации об алкоголе и эффективной государственной политике в сфере алкоголя просьба обращаться к редакторам этого сборника по адресу: alcoholpolicy@mail.ru.